

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.

150684064

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		Se ignora 99 Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09		Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 09			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Sí 01 No 02 Se ignora 09		Kilogramos Gramos		Metros Centímetros		Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL		12. ESCOLARIDAD	
Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año		En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05 Se ignora 09		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Ninguna 01 Primaria incompleta 02 Secundaria incompleta 04 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 07 Se ignora 99	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		13. OCUPACIÓN HABITUAL		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
				13.1 Trabajaba Sí 01 No 02 Se ignora 09		24651640053	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99		Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09		16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
Sí 01 No 02 Se ignora 09		Sí 01 No 02		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Devido a (o como consecuencia de) <u>sepsis</u> b) Devido a (o como consecuencia de) <u>neumonía microbiana</u> c) Devido a (o como consecuencia de) <u>enfermedad pulmonar obstructiva crónica</u> d) <u>enfermedad pulmonar obstructiva crónica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05		Sí 01 No 02		Sí 01 No 02		Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		24. NOMBRE	
23.1 Fue un presunto accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09		Vivienda particular 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Escuela u oficina pública 02		Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Granja (rancho o parcela) 07 Otro 08 Se ignora 09		Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Sí 01 No 02 Se ignora 09						Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
				Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 08		Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE		29. TELÉFONO		30. DOMICILIO		31. FIRMA	
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		Número		Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		Firma	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		35. FOLIO DE REGISTRO	
Día Mes Año		Núm. Libro Núm.		34.1 Localidad		Folio	