



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

160615514

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Sanjona Roberto</u> Apellido paterno <u>Flores</u> Apellido materno <u>Floregrino</u>		
2. CURP [Blank]		
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		6. PESO Kilogramos <u>72</u> Gramos <u>500</u>
7. TALLA Metros <u>1.55</u> Centímetros <u>155</u>		8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>19</u> Mes <u>11</u> Año <u>2015</u>
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Blank] Para menores de un día [Blank] Para menores de un mes [Blank] Para menores de un año [Blank] Para personas de un año o más [Blank] Se ignora <input type="radio"/> _9_		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4_ Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Viudo(a) <input type="radio"/> _2_ Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> _1_ Casado(a) <input type="radio"/> _5_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Tel. Bca 16-108</u> 11.2 Colonia <u>Española</u> 11.3 Localidad <u>Chamela</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Chamela</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Quintana Roo</u>		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> _1_ Primaria incompleta <input type="radio"/> _2_ Secundaria incompleta <input type="radio"/> _4_ Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> _11_ Profesional <input type="radio"/> _7_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria completa <input type="radio"/> _3_ Secundaria completa <input type="radio"/> _5_ Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> _6_ Posgrado <input type="radio"/> _10_		
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
14.1 Número de seguridad social o afiliación [Blank]		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _9_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_ 15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital Bca 16-19</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Blank] 15.3 Localidad <u>Chamela</u> 15.4 Municipio o delegación <u>Chamela</u> 15.5 Entidad federativa <u>Quintana Roo</u>		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Carretera 57 km 67 col. 22 de Mayo</u> 16.2 Colonia <u>Matehuala</u> 16.3 Localidad <u>Chamela</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Chamela</u> 16.5 Entidad federativa <u>Quintana Roo</u>		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Blank] Mes [Blank] Año [Blank] Horas [Blank] Minutos [Blank]		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque eléctrico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Desmayo producido en la carretera</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Neurólisis cerebral</u> Debido a (o como consecuencia de) d) [Blank] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Anemia</u> <u>Trombocitopenia</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>24 hrs</u> <u>43 hrs</u>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE [Blank]
--	--	---	---

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _5_		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Blank]
--	--	--	---	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> _0_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Área comercial o de servicios <input type="radio"/> _5_ Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7_ Otro <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Blank]
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Blank]		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Blank] 23.7.2 Colonia [Blank] 23.7.3 Localidad [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación [Blank] 23.7.5 Entidad federativa [Blank]				

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) <u>Valente</u> Apellido paterno <u>Flores</u> Apellido materno <u>Juárez</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Papa</u>
--	--	---

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil <input type="radio"/> _5_ Otro <input type="radio"/> _8_		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>6100937</u>
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Salva Berenice</u> Apellido paterno <u>Rizo</u> Apellido materno <u>Sanjos</u>		29. TELÉFONO [Blank]
30. DOMICILIO <u>Carretera 57 km 67 col. 22 de Mayo 78715 Matehuala</u>		31. FIRMA <u>[Firma]</u>
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2016</u>		

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Blank] Libro Núm. [Blank] 33.1 Acta Núm. [Blank]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Blank] 34.2 Municipio o delegación [Blank] 34.3 Entidad federativa [Blank] 34.4 Día [Blank] Mes [Blank] Año [Blank]	
--	--	--	--

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160615514