

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

160618120

LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Association

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Daniela Apellido paterno Resendiz Apellido materno Hernandez	
	2. CURP	
	3. SEXO Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09	
	4. NACIONALIDAD Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 09	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 01 No 02 Se ignora 09	
	6. PESO Kilogramos Gramos	
DE LA DEFUNCIÓN	7. TALLA Metros Centímetros	
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento.	
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05 Se ignora 09	
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	
	11.1 Calle y número	
	11.2 Colonia	
DE LA MUERTE Y VIOLENTAS	11.4 Municipio o delegación	
	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
	12. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria completa 02 Secundaria incompleta 04 Bachillerato o preparatoria incompleta 011 Profesional 07 Se ignora 099	
	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI 01 No 02 Se ignora 09	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 IMSS 02 PEX 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 OTRA 08 IMSS Oportunidades 010 Se ignora 099	
	14.1 Número de seguridad social o afiliación	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09	
	15.1 Nombre de la unidad médica	
	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	15.3 Localidad	
DEL CERTIFICANTE	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número	
	16.2 Colonia	
	16.3 Localidad	
	16.4 Municipio o delegación	
	16.5 Entidad federativa	
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos	
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 01 NO 02 Se ignora 09	
	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI 01 NO 02	
	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) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de)	
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Suboclusión Intestinal Debido a (o como consecuencia de)	
c) Neumonía Adquirida en la Comunidad Debido a (o como consecuencia de)		
d) Parálisis cerebral infantil		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
22. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05		
22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 01 NO 02		
22.3 Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? SI 01 NO 02		
23. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique 23.1 Fue un presunto Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09		
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 01 NO 02 Se ignora 09		
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 01 Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Calle o carretera (vía pública) 04 Escuela u oficina pública 02 Área comercial o de servicios 05 Se ignora 09		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
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		
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		
24. NOMBRE Nombre(s) Jonathan Apellido paterno Hernandez Apellido materno Ortiz		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 08		
27. Si el certificante es médico Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Nombre(s) Rafael Apellido paterno Turman Apellido materno Pecero		
29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO Corretera Mexico-Loredo Km 7 Fraccionamiento oxitpa cd. Vallés SLP		
31. FIRMA		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O REGISTRO		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		