

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES 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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>González</u> Apellido paterno <u>Chavez</u> Apellido materno <u>Herrera</u>		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 3		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 3	
	2. CURP <u>_____</u>		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 3		6. PESO Kilogramos <u>_____</u> Gramos <u>_____</u>	
	7. TALLA Metros <u>_____</u> Centímetros <u>_____</u>		8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>_____</u> Mes <u>_____</u> Año <u>_____</u>			
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas <u>_____</u> Minutos <u>_____</u> Para menores de un día: Horas <u>_____</u> Días <u>_____</u> Para menores de un mes: Días <u>_____</u> Meses <u>_____</u> Para menores de un año: Días <u>_____</u> Meses <u>_____</u> Años <u>_____</u> Se ignora ☐ 9		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 5 Divorciado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 7 Soltero(a) ☐ 8 Casado(a) ☐ 9 Se ignora ☐ 0			
DE LA DEFUNCIÓN	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>_____</u> 11.2 Colonia <u>_____</u> 11.3 Localidad <u>_____</u> 11.4 Municipio o delegación <u>_____</u>		12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 3 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 4 Profesional ☐ 5 Se ignora ☐ 6 Preescolar ☐ 7 Primaria completa ☐ 8 Secundaria completa ☐ 9 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 10 Posgrado ☐ 11			
	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 3		14. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 IMSS ☐ 2 SEDENA ☐ 3 Seguro Popular ☐ 4 Otra ☐ 5 IMSS ☐ 6 EMEX ☐ 7 SEMAR ☐ 8 IMSS Oportunidades ☐ 9 Se ignora ☐ 0			
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 3 SEMAR ☐ 4 Unidad médica privada ☐ 5 IMSS Oportunidades ☐ 6 ISSSTE ☐ 7 SEDENA ☐ 8 Otra unidad pública ☐ 9		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>_____</u> 16.2 Colonia <u>_____</u> 16.3 Localidad <u>_____</u> 16.4 Municipio o delegación <u>_____</u>			
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>_____</u> Mes <u>_____</u> Año <u>_____</u> Horas <u>_____</u> Minutos <u>_____</u>		18. ¿TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 3			
MUELTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>_____</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		20. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2			
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2			
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 4 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 3 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 4 Área deportiva ☐ 5 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 6 Calle o carretera (vía pública) ☐ 7 Escuela u oficina pública ☐ 8 Área comercial o de servicios ☐ 9		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>_____</u>			
	25. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>_____</u>		26. Descripción breve de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: <u>_____</u>			
DEL INF.	27. SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 27.1 Calle y número <u>_____</u> 27.2 Colonia <u>_____</u> 27.3 Localidad <u>_____</u> 27.4 Municipio o delegación <u>_____</u>		28. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>_____</u>			
	29. CERTIFICADO POR: Médico tratante ☐ 1 Médico de familia ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 6		30. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>_____</u>			
	31. NOMBRE Nombre(s) <u>Gabriela</u> Apellido paterno <u>Lopez</u> Apellido materno <u>Leija</u>		32. TELÉFONO <u>3528170</u>			
	33. DOMICILIO <u>Carretera México-Izapa Km 7 Sur</u>		34. FIRMA <u>[Firma]</u>			
DEL REG. CIVIL	35. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>_____</u> Libro Núm. <u>_____</u> 35.1 Acta Núm. <u>_____</u>		36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 36.1 Localidad <u>_____</u> 36.2 Municipio o delegación <u>_____</u> 36.3 Entidad federativa <u>_____</u> 36.4 Día <u>_____</u> Mes <u>_____</u> Año <u>_____</u>			

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