



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160618757

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)						
	Elida		Felix	Hernández			
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	2. CURP		3. SEXO	4. NACIONALIDAD			
			Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Mexicana <input type="radio"/> 1		
			Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Otra <input type="radio"/> 2		
			Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO		
	Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Kilogramos 9.500 Gramos	Metros . Centímetros	Día 23082014 Mes Año
	9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más
			Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		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 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)		Alberque col. Escolar Zapujo					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad			
Xilitla				S-L-P			
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL					
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 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							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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"/> 99							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica					
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							
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad					
Libramiento		Axtla De Terrazas					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad			
Axtla De Terrazas				S-L-P			
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
26 11 2015 00:00		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
Día Mes Año Horas Minutos							
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?							
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
a) Enfermedad Diarreica Aguda							
Debido a (o como consecuencia de)							
b)							
c)							
d)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo							
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?		22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	
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				Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)		Otro <input type="radio"/> 8	
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?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
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		Área comercial <input type="radio"/> 5 de servicios		Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		Esperanza		Hernandez		Gutierrez	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
26. CERTIFICADA POR		27. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO?		28. NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL			
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		260733		Número de la cédula profesional	
29. NOMBRE							
30. TELÉFONO							

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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

30618757

