

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

160619007

Modelo 2010

FOLIO



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
INTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS
DE SALUD EN ESTE CERTIFICADO SU TR
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERI

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO	MARÍA GALLEGOS HERNANDEZ		Apellido paterno	Apellido materno
2. CURP	S M GALLEGOS H M 19710321 1 1		Sexo	3. SEXO
4. NACIONALIDAD	Mexicana		4. NACIONALIDAD	5. L. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
5. PESO	Kilogramos		6. PESO	7. TALLA
8. FECHA DE NACIMIENTO	23021971		8. FECHA DE NACIMIENTO	9. EDAD
9. EDAD	9.1 Para menores de una hora	9.2 Para menores de un día	9.3 Para menores de un mes	9.4 Para menores de un año
10. ESTADO CÓNYUGAL	En unión libre		10. ESTADO CÓNYUGAL	11. RESIDENCIA/HABITUAL
11. RESIDENCIA/HABITUAL	CALLE 4 esquina calle 2 COL JACARANDAS		11.1 Calle y número	11.2 Colonia
12. ESCOLARIDAD	Ninguna		12. ESCOLARIDAD	13. OCUPACIÓN HABITUAL
13. OCUPACIÓN HABITUAL	EMPLEADA GENERAL		13.1 Trabajaba	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna		14.1 Número de seguridad social o afiliación	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud		15.1 Nombre de la unidad médica	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	CALLE 4 esquina calle 2 COL JACARANDAS		16.1 Calle y número	16.2 Colonia
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	26042016	10:45:30	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	SI	NO	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada pág. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada pág. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	a) Cáncer de ovario		21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	SI	NO	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo	El parto	22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo o parto o puerperio?	22.3 Las causas anotadas complican el embarazo o parto o puerperio?
22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo o parto o puerperio?	SI	NO	22.3 Las causas anotadas complican el embarazo o parto o puerperio?	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
23.1 Fue un presunto	23.2 Aconteció en el desempeño de su trabajo?	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
23.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	23.6 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión	23.7 Calle y número	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	23.7.6 Descripción de la lesión	
24. NOMBRE	francisco gallegos hernandez		25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)	26. CERTIFICADA POR
26. CERTIFICADA POR	Medico tratante	Médico legista	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	28. NOMBRE
28. NOMBRE	MARIA DE LA LUZ RIVERA QUETZADA		29. TELÉFONO	30. DOMICILIO
30. DOMICILIO	pococia, arrige numero 9 sajau alto		31. FIRMA	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	27042016	33. L. DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	34.1 Localidad
34.1 Localidad	34.2 Municipio o delegación	34.3 Entidad federativa	34.4 Día Mes Año	33.1 Acta Núm.
33.1 Acta Núm.	34.2 Municipio o delegación	34.3 Entidad federativa	34.4 Día Mes Año	34.4 Día Mes Año

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

160619007

MUERTE ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL FALLECIDO

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL