



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

FOLIO

160620580

*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

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Shesid Adriana Avila mata Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno | | | |
| | 2. CURP [Blank] | | 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 | 4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 |
| | 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 | 6. PESO [Blank] Kilogramos [Blank] Gramos | 7. TALLA [Blank] Metros [Blank] Centímetros | 8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Blank] Mes [Blank] Año [Blank] |
| | 9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Blank] Para menores de un día: Horas [Blank] Para menores de un mes: Días [Blank] Para menores de un año: Meses <input checked="" type="radio"/> 2 Años cumplidos [Blank] Para personas de un año o más: Años cumplidos <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 09 | | | |
| DE LA DEFUNCIÓN | 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank] | | 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09 | |
| | 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [Blank] 11.2 Colonia [Blank] 11.3 Localidad [Blank] 11.4 Municipio o delegación [Blank] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Blank] | | | |
| | 12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10 | | 13. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 | |
| | 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Jueves <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09 | | 14.1 Número de seguridad social o afiliación [2412045564] | |
| | 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica [Blank] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Blank] | | | |
| | 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Blank] 16.2 Colonia [Blank] 16.3 Localidad [Blank] 16.4 Municipio o delegación [Blank] 16.5 Entidad federativa [Blank] | | | |
| | 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [28] Mes [03] Año [2016] Horas [09] Minutos [50] | | 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 | |
| | 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Blank] | |
| | 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: 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) [Blank] b) Neumonía Intrahospitalaria no asociada a ventilación Debido a (o como consecuencia de) [Blank] c) Neuroinfección Debido a (o como consecuencia de) [Blank] d) Leucemia Mieloblástica Aguda M4 Debido a (o como consecuencia de) [Blank] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Blank] | | | |
| | 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER ENTRE 15 Y 34 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada, últimos 11 meses previos a muerte <input type="radio"/> 05 | | 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | |
| 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 | | 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"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Blank] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público en 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] | | | |
| | 24. NOMBRE [Blank] Nombre(s) [Blank] Apellido paterno [Blank] Apellido materno [Blank] | | | |
| | 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Blank] | | | |
| DEL CERTIFICANTE | 26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08 | | | |
| | 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Blank] | | 28. NOMBRE [Blank] Nombre(s) [Blank] Apellido paterno [Blank] Apellido materno [Blank] | |
| | 29. TELÉFONO [Blank] | | 30. DOMICILIO [Blank] | |
| REG. CIVIL | 31. FIRMA [Blank] | | 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Blank] Mes [Blank] Año [Blank] | |
| | 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 34.1 Lugar [Blank] | | | |

RECIBIDO
30 MAR 2016
SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD



160620580