



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016  
FOLIO

160624904

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. VIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>ALBERTO</b> Nombre(s)		<b>HERNANDEZ</b> Apellido paterno	
2. CURP <b>ALBERTO HERNANDEZ</b>		3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO <b>60</b> Kilogramos Gramos	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <b>47</b> años Para menores de un día: <b>47</b> días Para menores de un mes: <b>47</b> meses Para menores de un año: <b>47</b> años		7. TALLA <b>1.60</b> Metros Centímetros	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <b>47</b>		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorcio <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>LOCALIDAD LA MARIANA</b> 11.1 Calle y número: <b>EBANO</b> 11.2 Colonia: <b>LA MARIANA</b> 11.4 Municipio o delegación: <b>CD VALLES</b>			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>CARRERA MEX LAREDO KM 7</b> 16.1 Calle y número: <b>CD VALLES</b> 16.2 Colonia: <b>CD VALLES</b> 16.4 Municipio o delegación: <b>CD VALLES</b>			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <b>01</b> Mes: <b>09</b> Año: <b>2016</b> Horas: <b>12</b> Minutos: <b>00</b>			
18. ¿TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir (ejemplo: asfixia, ahogamiento, etc.). PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>NEUMONÍA NOSOCOMIAL</b> Debido a (o como consecuencia de) <b>4 AÑOS</b> b) <b>4 AÑOS</b> Debido a (o como consecuencia de) <b>CHOQUE SEPTICO</b> Debido a (o como consecuencia de) <b>4 AÑOS</b> c) <b>CHOQUE SEPTICO</b> Debido a (o como consecuencia de) <b>4 AÑOS</b> d) <b>4 AÑOS</b> 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 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Esposa <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <b>652503</b> 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <b>Choque septico</b> 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número: <b>CD VALLES</b> 23.7.2 Colonia: <b>CD VALLES</b> 23.7.3 Localidad: <b>CD VALLES</b> 23.7.4 Municipio o delegación: <b>CD VALLES</b>			
24. NOMBRE <b>ROBERTO</b> Nombre(s) <b>LOPEZ</b> Apellido paterno <b>CORONEL</b> Apellido materno			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			
28. NOMBRE <b>BLANCA RU-H</b> Nombre(s) <b>HERNANDEZ OR-12</b> Apellido paterno			
30. DOMICILIO <b>CARRERA MEX-LAREDO KM 7.</b>			
31. FIRMA <b>[Firma]</b>			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: <b>CD VALLES</b>			

4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. ECHA DE NACIMIENTO Día: <b>47</b> Mes: <b>09</b> Año: <b>2016</b>	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15.1 Tipo de institución de salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16.3 Localidad: <b>CD VALLES</b>	
16.5 Entidad federativa: <b>CD VALLES</b>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <b>3d1 as</b>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>coocido</b>	
27. CERTIFICANTE Médico <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
29. TELÉFONO: <b>652503</b>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <b>12</b> Mes: <b>09</b> Año: <b>2016</b>	

\*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.

160624904