



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

160625522

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*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) RN Ramirez Rojas Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
	2. CURP [Blank]		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		6. PESO [Blank] Kilogramos Gramos	7. TALLA [Blank] Metros Centímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO 27.05.2016 Día Mes Año			
DE LA DEFUNCIÓN	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes 23 Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora ☐			
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
	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 ☒ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
MORTALIDAD	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Otros ☐ Se ignora ☐		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐	
	15.1 Nombre de la unidad médica: [Blank]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [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 19.06.2016 06:45 Día Mes Año Horas Minutos	
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
MORTALIDAD	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modo de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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 Grave Debido a (o como consecuencia de) [Blank] c) Desnutrición Severa Debido a (o como consecuencia de) [Blank] d) [Blank] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [Blank]			
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE NATURAL 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		22.2 ¿Fue o pudo haber sido el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		23.3 Sitio donde ocurrió Vivienda particular ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Establecimiento u oficina ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (ranchito o parcela) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐	
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Blank]		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]	
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE [Blank] Nombre(s) [Blank] Apellido paterno [Blank] Apellido materno			
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐		27. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? Sí ☒ No ☐	
	28. NOMBRE [Blank] Nombre(s) [Blank] Apellido paterno [Blank] Apellido materno		29. TELÉFONO [Blank]	
	30. DOMICILIO [Blank]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Blank] Día Mes Año	
REG. FIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Blank]			
	ECHA DE REGISTRO [Blank]			



160625522