

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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) <b>MARIA CRISTINA ORTA BARRIENTOS</b>				
	2. CURP D[...]		3. SEXO Hombre [ ] Mujer [X]	4. NACIONALIDAD Mexicana [X] Otra [ ] Se ignora [ ]	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si [ ] No [X] Se ignora [ ]		6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre [ ] Separado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Casado(a) [ ] Se ignora [ ]		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)				
	12. ESCOLARIDAD Ninguna [ ] Primaria incompleta [ ] Secundaria incompleta [ ] Bachillerato o preparatoria incompleta [ ] Profesional [ ] Se ignora [ ] Preescolar [ ] Primaria completa [ ] Secundaria completa [ ] Bachillerato o preparatoria completa [ ] Posgrado [ ]				
DE LA DEFUNCION	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna [ ] ISSSTE [ ] SEDENA [ ] Seguro Popular [X] Otra [ ] IMSS [ ] PEMEX [ ] SEMAR [ ] IMSS Oportunidades [ ] 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 [ ]		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle y número Colonia Municipio o delegación Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí [X] Se ignora [ ]		19. ¿SE EFECTUÓ AUTOPSIA? Sí [ ] No [X]		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte como: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria tipo 1 Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía Atípica tipo Influenza Debido a (o como consecuencia de) c) Fibrosis Pulmonar Intersticial Debido a (o como consecuencia de) d) Arterioesclerosis Coronaria Debido a (o como consecuencia de)		PARTE II Otros estados morbosos que contribuyeron a la muerte, pero relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 [ ] El parto [X] El puerperio [ ] 43 días a 11 meses después del parto o aborto [ ] No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte [X]		22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí [ ] No [X] 22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí [ ] No [X]		
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente [X] Homicidio [ ] Suicidio [ ] Se ignora [ ] 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si [ ] No [X] Se ignora [ ]		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular [ ] Área deportiva [ ] Calle o carretera (vía pública) [ ] Área comercial o de servicios [ ] Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) [ ] Escuela u oficina pública [ ] Área industrial (taller, fábrica u obra) [ ] Granja (rancho o parcela) [ ] Otro [ ] Se ignora [ ]		
	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		
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión				