

DEL FALLECIDO



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

FOLIO

160631966

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Jessica Elizabeth		Apellido paterno Rosales		Apellido materno Rodríguez		
2. CURP		1 Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombrer <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Kilogramos	Metros	Dia	Mes	
8. EDAD CUMPLIDA		Gramos	Centímetros	Año	Se ignora <input type="radio"/> 9	
Para menores de una hora		Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	
Minutos		Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL				
		En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9				
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)				
		11.2 Colonia	11.3 Localidad			
		Sociedad de Graciela Sanchez	11.4 Municipio o delegación			
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL				
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99						
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación				
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica				
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		15.1 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.2 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12				
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada		Hospitral Central				
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública		15.3 Localidad				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.4 Municipio o delegación				
16.1 Calle y número		16.2 Colonia	16.3 Localidad			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17.1 Dia	17.2 Mes	17.3 Año	17.4 Horas	17.5 Minutos
17.01 2017 22:20						
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
18.1 Tuvo atención médica		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19.1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
18.2 Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte				19.2 Código CIE		
18.3 Uso excesivo de alcohol o drogas						
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)						
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						
a) Choque Septico						
Debido a (o como consecuencia de)						
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa directa, mencionándose en último lugar la causa básica						
{ b) Neumonia Intrahospitalaria						
Debido a (o como consecuencia de)						
c) Deshidratacion Severa						
Debido a (o como consecuencia de)						
d) Diarrea Intragable debilitante						
Hemostomia por Enterocolitis Necrotizante						
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas tienen complicaciones ginecológicas del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		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
24. NOMBRE		Nombre(s) Elizabeth		Apellido paterno Rosales		Apellido materno Rodríguez
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						
26. CERTIFICADA POR		Médico <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Autoridad Otra <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
28. NOMBRE		Dra. Ana Margarita Rosales		Apellido materno		Número de la cédula profesional
30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Número . Libro Núm.		34.1 Localidad				
33.1 Acta Núm.		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		
				34.4 Dia Mes Año		

160631966