



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN LA PÁGINA REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170652163

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE UNA MUERTE NATURAL, EL VERIFICARÁN EN UNA UNIDAD MÉDICA, DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,  
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO</b>	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	David Cruz		Segundo Apellido	Hernández			
	2. FECHA DE NACIMIENTO	24 12 1993	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE RESIDENCIA	Coahuila		
	Día Mes Año		Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	Potosí				
	5. CURP	CUHD931229HISPRV07	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Se ignora <input type="radio"/> 9		
	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CIVIL		
	Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				En unión <input type="radio"/> Separada <input checked="" type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Soltera(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	10.1 Tipo de vialidad		
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
		43		Tancítaro, Coahuila de Zaragoza, Coahuila de Zaragoza		Potosí		
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
						Coahuila de Zaragoza		
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 1				
	Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10							
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Hospital General de Tancítaro				
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Km 7	15.1 Tipo de vialidad	Hospital General de Tancítaro				
	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Coahuila de Zaragoza				
	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	Coahuila de Zaragoza				
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	03 12 2017	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas		
			22	00	2017	00		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: párkinson, infarto, etc.)	19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						
	a) Chocó septicu	Debido a (o como consecuencia de)						
	b) Niumoniu	Debido a (o como consecuencia de)						
	c) Neuroinfección	Debido a (o como consecuencia de)						
	d) Infección por VITI	Debido a (o como consecuencia de)						
	19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
	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						
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área deportiva <input type="radio"/> 0 Calle o carretera (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 2	22.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se					
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad						
	22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano					
	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación					
	23. NOMBRE	Hernán del Carmen Hernández Reyes						
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
	25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	8025212	
27. NOMBRE	Armando Galván Sily				27. FIRMA	36		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Calle 100, Col. Centro, Tancítaro, Coahuila de Zaragoza, 29000, México		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior		
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Municipio o delegación	29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.5 Tipo de asentamiento humano		
Ciudad Valles	29000	Tancítaro	Ciudad Valles	Coahuila de Zaragoza				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
						06 10 31 2017		
E.G.						Día Mes Año		



170652163