Modelo 2017 FOLIO 982107

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

170640225

*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

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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Arturo (Nombre(s)) Pargel (Primer Apellido) Almendarez (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año

3. SEXO Hombre ◉1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique Se ignora ○9

8. 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 53 Años cumplidos; Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ◉5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad; 10.2 Nombre de la vialidad; 10.3 Núm. Exterior; 10.4 Núm. Interior; 10.5 Tipo de asentamiento humano; 10.6 Nombre del asentamiento humano; 10.7 Código Postal; 10.8 Localidad; 10.9 Municipio o delegación; 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ◉7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ◉1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ◉7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ◉1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad; 15.2 Nombre de la vialidad; 15.3 Núm. Exterior; 15.4 Núm. Interior; 15.5 Tipo de asentamiento humano; 15.6 Nombre del asentamiento humano; 15.7 Código Postal; 15.8 Localidad; 15.9 Municipio o delegación; 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 26 02 2017 (Día Mes Año) 09:05 (Horas Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ◉1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ◉2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) choque hipovolemico		
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) hemorragia medula		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Aspergilosis pulmonar		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	DMN		

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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 produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad; 22.7.2 Nombre de la vialidad; 22.7.3 Núm. Exterior; 22.7.4 Núm. Interior; 22.7.5 Tipo de asentamiento humano; 22.7.6 Nombre del asentamiento humano; 22.7.7 Código Postal; 22.7.8 Localidad; 22.7.9 Municipio o delegación; 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional

27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad; 29.2 Nombre de la vialidad; 29.3 Núm. Exterior; 29.4 Núm. Interior; 29.5 Tipo de asentamiento humano; 29.6 Nombre del asentamiento humano; 29.7 Código Postal; 29.8 Localidad; 29.9 Municipio o delegación; 29.10 Entidad federativa; 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año

REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

170640225