



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

98516
Modelo 2017
FOLIO
170640265

SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 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.	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)				Kenia Nicole Ortiz				Nombre(s)		Primer Apellido				Campos				Segundo Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		26 11 2001		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	Dia Mes Año				5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?				Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		Para menores de una hora	Para menores de un día			Minutos	Horas			Para menores de un mes	Para menores de un año			Días	Meses			Para personas de un año o más	Se ignora <input type="radio"/>			Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL		8.2 Semanas de gestación:		Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/>		8.2 Semanas de gestación:	Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/>	Divorciado(a) <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL	Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/>	Soltero(a) <input type="radio"/>		Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Lerdo de Tejada		10.3 Núm. Exterior 431		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		Soledad de Graciano Sánchez		Soledad de Graciano Sánchez		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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Hospital Central <input type="radio"/>	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.3 Núm. Exterior 2017		15.4 Núm. Interior 1908		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		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		09 03 2017	Horas 19	Minutos 08	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Dia Mes Año			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		a) <i>Choque sepiaco</i> Debido a (o como consecuencia de)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	b) <i>cardiopatía congénita en teñido</i> Debido a (o como consecuencia de)				c) <i>Falta renal</i> Debido a (o como consecuencia de)				d) <i>Neumonía alergizada en la Comunidad</i>				PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión	Área industrial (fábrica, taller, etc.) <input type="radio"/> Oficina médica o clínica <input type="radio"/> Oficina de policía <input type="radio"/> Oficina de fiscalía o ministerio público <input type="radio"/>		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 2017	22.7.4 Núm. Interior 1908	22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	Especifique Número de la cédula profesional	27. NOMBRE		28. FIRMA		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		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 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano	29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Dia Mes Año	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Kenia Nicole Ortiz																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Nombre(s)		Primer Apellido																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
			Campos																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
			Segundo Apellido																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	26 11 2001		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	Dia Mes Año																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		Para menores de una hora	Para menores de un día																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		Minutos	Horas																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		Para menores de un mes	Para menores de un año																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		Días	Meses																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		Para personas de un año o más	Se ignora <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		Años cumplidos																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
9. ESTADO CONYUGAL		8.2 Semanas de gestación:																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/>		8.2 Semanas de gestación:	Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Divorciado(a) <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL	Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Soltero(a) <input type="radio"/>		Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Lerdo de Tejada																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
10.3 Núm. Exterior 431		10.4 Núm. Interior																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Soledad de Graciano Sánchez		Soledad de Graciano Sánchez																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
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		11.1 La escolaridad seleccionada es:																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Completa <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Hospital Central <input type="radio"/>	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
15.3 Núm. Exterior 2017		15.4 Núm. Interior 1908																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
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		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
09 03 2017	Horas 19	Minutos 08	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Dia Mes Año			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
a) <i>Choque sepiaco</i> Debido a (o como consecuencia de)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
b) <i>cardiopatía congénita en teñido</i> Debido a (o como consecuencia de)																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
c) <i>Falta renal</i> Debido a (o como consecuencia de)																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
d) <i>Neumonía alergizada en la Comunidad</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión	Área industrial (fábrica, taller, etc.) <input type="radio"/> Oficina médica o clínica <input type="radio"/> Oficina de policía <input type="radio"/> Oficina de fiscalía o ministerio público <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
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 2017	22.7.4 Núm. Interior 1908	22.7.2 Nombre de la vialidad																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.6 Nombre del asentamiento humano																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	Especifique Número de la cédula profesional																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
27. NOMBRE		28. FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
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 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Dia Mes Año																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

170640265

EG.