



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017  
FOLIO

170640934

de 2433

DE FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)										Guzmán				
		Nombre(s) Francisco Javier Guzmán					Primer Apellido Guzmán									
DE LA DEFUNCIÓN		2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			Guangajuato					
		Día Mes Año			Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)										
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES		5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD			Se ignora <input type="radio"/> 9					
		Se ignora <input type="radio"/> 99			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique										
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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 Años cumplidos	43	Se ignora <input type="radio"/> 9			
		Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL			Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
DEL CERTIFICANTE		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			10.9 Municipio o delegación Sun Luis de la Paz			10.6 Nombre del asentamiento humano Guanajuato					
DE DEL INF.		10.7 Código Postal			10.8 Localidad			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)								
DE LA DEFUNCIÓN		11. ESCOLARIDAD			Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8			Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL				
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 SEMAR <input type="radio"/> 6	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8	Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12							
DE LA DEFUNCIÓN		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			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 <input type="radio"/> 9	Hospital Central	14.1 Nombre de la unidad médica	13.1 Número de seguridad social o afiliación Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99							
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa					
DE LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			13 03 2017 2005	Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2						
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		19. 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			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)					
		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)			b) Neumonía Atípica Debido a (o como consecuencia de)			c) Debido a (o como consecuencia de)			d) Diabetes Mellitus Tipo 2 Obesidad Mórbida					
DEL INF.		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)		
		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 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					
DE LA DEFUNCIÓN		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)								
		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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2			Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			Área deportiva <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8 Granja <input type="radio"/> 7		
DE LA DEFUNCIÓN		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											
DE LA DEFUNCIÓN		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								
DE LA DEFUNCIÓN		22.7.7 Código Postal			22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o delegación			22.7.10 Entidad federativa					
DE LA DEFUNCIÓN		23. NOMBRE						24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)								
		Nombre(s) _____			Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____											
DE LA DEFUNCIÓN		25. CERTIFICADA POR						26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO								
		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5			Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique						Número de la cédula profesional					
DE LA DEFUNCIÓN		27. NOMBRE						28. FIRMA								
		Nombre(s) _____			Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____											
DE LA DEFUNCIÓN		29. DOMICILIO Y TELÉFONO			29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad								
		29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal			29.8 Localidad								
DE LA DEFUNCIÓN		29.9 Municipio o delegación			29.10 Entidad federativa			29.11 Teléfono								
DE LA DEFUNCIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN								

\*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, DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

170640934