



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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017  
FOLIO

170644120

<b>DE FALLECIDO</b>  ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1 <sup>a</sup> COPIA (AZUL) Y LA 2 <sup>a</sup> COPIA (ROSA) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  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 PARTICULARSES.	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ressen Narido Tuvav Lara			
	2. FECHA DE NACIMIENTO 07 07 2017 Día Mes Año			
	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San luv Polos			
	5. CURP			
	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			
	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 Se ignora <input type="radio"/>			
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(s) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Colonia			
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>				
12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o clave única de establecimiento de salud (CLUES)				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 203				
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano San luv Polos				
15.6 Nombre del asentamiento humano Centro				
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa San luv Polos				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10 08 2017 10:50 AM				
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón - Escriba la causa principal y los modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				
a) Chocó a su perro Debido a (o como consecuencia de)				
b) Choque cardíaco multiple Debido a (o como consecuencia de)				
c) Choque cardíaco respiratorio agudo Debido a (o como consecuencia de)				
d) Choque cardíaco completo Debido a (o como consecuencia de)				
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo				
Hipertensión arterial				
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Anote las causas anotadas en el cuadro anterior				
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> Otras complicaciones del embarazo, parto o puerperio?				
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 44 semanas a 11 meses <input type="radio"/> 11 meses a 1 año <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
21.2 Anote si la muerte ocurrió en el trabajo?				
21.3 Si la muerte ocurrió en el trabajo, anote el tipo de establecimiento: Vivienda particular <input type="radio"/> Área de trabajo <input type="radio"/> (taller, taller de obra) Vivienda colectiva <input type="radio"/> Calle o terreno <input type="radio"/> (asilo, orfanato, etc.) (vía pública) Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Área comunitaria <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)				
21.5 Sí la defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				
21.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				
21.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				
21.7.1 Tipo de vialidad				
21.7.2 Nombre de la vialidad				
21.7.3 Núm. Exterior 21.7.4 Núm. Interior 21.7.5 Tipo de asentamiento humano 21.7.6 Nombre del asentamiento humano				
21.7.7 Código Postal 21.7.8 Localidad 21.7.9 Municipio o delegación 21.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE Erika Alvaro Tuvav Lara Magre				
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				
*Especifique				
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4991019				
Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE Alma Rosa Tuvav Coronel				
28. FIRMA				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Nirolo Topala 203 Centro				
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 10 08 2017				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO				
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San luv Polos				