



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

FOLIO

170644324

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Cruz Alberto		Marquez		Viramontes		171	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
Minutos		Horas		Días		Para menores de un año	
						Meses	
						Para personas de un año o más	
						Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5			
				En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5							
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							
11.1 La escolaridad seleccionada es:							
Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2							
12. OCUPACIÓN HABITUAL							
12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
Ninguna <input type="radio"/> 1 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"/> 99							
13.1 Número de seguridad social o afiliación							
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							
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9							
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							
Día Mes Año Horas Minutos							
30 08 20 12							
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?							
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9							
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?							
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar mocos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)							
PARTE I							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) Choque hipovolémico							
Debido a (o como consecuencia de)							
b) Hipertensión pulmonar							
Debido a (o como consecuencia de)							
c) Absceso 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 morbosos que la produjo							
Tuberculosis pulmonar							
Cirrosis hepática							
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							
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?							
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?							
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE							
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?							
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9							
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión							
Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6							
Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3							
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4							
Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5							
Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8							
Se ignora <input type="radio"/> 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							
23. NOMBRE							
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido							
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
25. CERTIFICADA POR							
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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.