



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
EOL 10

FOLIO

170644324

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Cruz Alber		Máquez		Viramontes		171								
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido									
2. FECHA DE NACIMIENTO	Día	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO							
5. CURP								Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)							
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			Se ignora <input type="radio"/> 9			
Para menores de 28 días anote:					8.2 Semanas de gestación:			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:									Otra <input type="radio"/> 2	→ Especifique					
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)														
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					11.1 La escolaridad seleccionada es:				12. OCUPACIÓN HABITUAL						
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5					Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99												
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	13.1 Número de seguridad social o afiliación									
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											
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN					14.1 Nombre de la unidad médica				Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12					
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					Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	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	30 08 20 12				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?						
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9					
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														
a)	choque hipovolémico														
	Debido a (o como consecuencia de)														
Causas antecedentes	Hipersensión pulmonar														
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de)														
b)	Abceso pulmonar														
c)	Debido a (o como consecuencia de)														
d)															
PARTE II	Tuberculosis pulmonar														
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Cirrosis hepática														
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?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE						
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	No estuvo 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							
El parto <input type="radio"/> 4	43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 9														
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	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?				Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)							
Accidente <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9					Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)							
						Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8							
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta numero:	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												24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)												Primer Apellido	Segundo Apellido		
25. CERTIFICADA POR												26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			