

Secretaría de Salud

993 | 01

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: [REDACTED] FOLIO DE CONTROL: [REDACTED]

DEL FALLECIDO(A)		
1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A) RIGOBERTO	HERNANDEZ	SALINAS
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
2. FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	3. SEXO: [REDACTED]	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: [REDACTED]
5. CURP: [REDACTED]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? [REDACTED]	7. NACIONALIDAD: [REDACTED]
8. EDAD CUMPLIDA: CLAVE EDAD [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	Para menores de 28 días: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]
8.2 Semanas de gestación: [REDACTED]	9. ESTADO CONYUGAL: [REDACTED]	
10. RESIDENCIA HABITUAL: 10.1 Tipo de vialidad: [REDACTED]	10.2 Nombre de la vialidad: [REDACTED]	10.3 Núm. exterior: [REDACTED]
10.4 Núm. interior: [REDACTED]	10.5 Tipo de asentamiento: [REDACTED]	10.6 Nombre del asentamiento: [REDACTED]
10.8 Localidad: [REDACTED]	10.9 Municipio: [REDACTED]	10.10 Entidad: [REDACTED]
11. ESCOLARIDAD: [REDACTED]	12. OCUPACIÓN HABITUAL: [REDACTED]	
12.1 Trabajaba: [REDACTED]	13. AFILIACIÓN : [REDACTED]	13.1 Número de afiliación: [REDACTED]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DE OCURRENCIA: [REDACTED]	14.2 CLUES: [REDACTED]																																														
14.1 Unidad médica: [REDACTED]																																															
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: [REDACTED]	15.2 Nombre de la vialidad: [REDACTED]																																														
15.3 Núm. exterior: [REDACTED]	15.4 Núm. interior: [REDACTED]	15.5 Tipo de asentamiento: [REDACTED]	15.6 Nombre del asentamiento: [REDACTED]	15.7 Código postal: [REDACTED]	15.8 Localidad: [REDACTED]	15.9 Municipio: [REDACTED]	15.10 Entidad: [REDACTED]	15.11 Jurisdicción: [REDACTED]	16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: [REDACTED]	18. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: [REDACTED]	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:		Descripción	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Causa	I a) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	I b) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	I c) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	I d) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	II 1) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	II 1) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	20. CAUSA BÁSICA: [REDACTED]		Caso rectificado: [REDACTED]	Bandera de vigilancia epidemiológica: [REDACTED]	Bandera de muerte materna: [REDACTED]	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio:		21.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio:	
15.5 Tipo de asentamiento: [REDACTED]	15.6 Nombre del asentamiento: [REDACTED]																																														
15.7 Código postal: [REDACTED]	15.8 Localidad: [REDACTED]	15.9 Municipio: [REDACTED]	15.10 Entidad: [REDACTED]	15.11 Jurisdicción: [REDACTED]	16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: [REDACTED]	18. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: [REDACTED]	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:		Descripción	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Causa	I a) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	I b) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	I c) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	I d) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	II 1) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	II 1) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	20. CAUSA BÁSICA: [REDACTED]		Caso rectificado: [REDACTED]	Bandera de vigilancia epidemiológica: [REDACTED]	Bandera de muerte materna: [REDACTED]	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio:		21.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio:					
15.9 Municipio: [REDACTED]	15.10 Entidad: [REDACTED]																																														
15.11 Jurisdicción: [REDACTED]	16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]																																														
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: [REDACTED]	18. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: [REDACTED]																																														
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:																																															
Descripción	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Causa																																													
I a) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]																																													
I b) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]																																													
I c) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]																																													
I d) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]																																													
II 1) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]																																													
II 1) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]																																													
20. CAUSA BÁSICA: [REDACTED]																																															
Caso rectificado: [REDACTED]	Bandera de vigilancia epidemiológica: [REDACTED]	Bandera de muerte materna: [REDACTED]																																													
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:																																															
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:																																															
21.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio:																																															
21.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio:																																															

MUERTES ACCIDENTALES O VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		
22.1 Fue un presunto: [REDACTED]	22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: [REDACTED]	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: [REDACTED]
22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a):		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del del presunto accidente, homicidio o suicidio:		
22.7.1 Tipo de vialidad: [REDACTED]	22.7.2 Nombre de la vialidad: [REDACTED]	
22.7.3 Núm. exterior: [REDACTED]	22.7.4 Núm. interior: [REDACTED]	22.7.5 Tipo de asentamiento: [REDACTED]
22.7.6 Nombre del asentamiento: [REDACTED]		22.7.7 Código postal: [REDACTED]
22.7.3 Localidad: [REDACTED]	22.7.4 Municipio: [REDACTED]	22.7.5 Entidad: [REDACTED]

DEL INFORMANTE

23. NOMBRE: [REDACTED]	Nombre(s): [REDACTED]	Apellido paterno: [REDACTED]	Apellido materno: [REDACTED]
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [REDACTED]			

DEL CERTIFICANTE:

25. CERTIFICADA POR: [REDACTED]	25.1. Especifique: NE [REDACTED]	27. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: [REDACTED]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional: [REDACTED])			
28. NOMBRE: [REDACTED]	Nombre(s): [REDACTED]	Apellido paterno: [REDACTED]	Apellido materno: [REDACTED]
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: [REDACTED]	29.2 Nombre de la vialidad: [REDACTED]		
29.3 Núm. exterior: [REDACTED]	29.4 Núm. interior: [REDACTED]	29.5 Tipo de asentamiento: [REDACTED]	29.6 Nombre del asentamiento: [REDACTED]
29.7 Código postal: [REDACTED]	29.8 Localidad: [REDACTED]	29.9 Municipio: [REDACTED]	29.10 Entidad: [REDACTED]
29.11 Teléfono: [REDACTED]		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [REDACTED]	

DEL REGISTRO CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm.: [REDACTED]	Libro: [REDACTED]	Acta: [REDACTED]
32. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:		
32.1 Localidad: [REDACTED]	32.2 Municipio: [REDACTED]	
32.3 Entidad: [REDACTED]	32.4 Fecha de registro: [REDACTED]	

La impresión de este documento se realiza para fines epidemiológicos y no es sustituto en ningún caso del Certificado de Defunción.

Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones

Fecha de impresión : 12/02/2018 11:43

Página 1 de 1