



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170645236

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Ma. Guadalupe González

Primer Apellido

Don Juan

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

GGGGMMDDMMGGGG

Se

ignora 99

6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana 1

Otra 2

Se ignora 9

Especifique

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora
Minutos

Para menores de un día
Horas

Para menores de un mes
Días

Para personas de un año o más
Meses

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 6

Vudo(a) 2

Casado(a) 5

En unión libre 4

Divorciado(a) 3

Soltero(a) 1

Se ignora 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 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
Bachillerato 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

Completa 1 Incompleta 2

11.1 La escolaridad seleccionada es:

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba 1 No 2 Se ignora 99

Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública 10 Otro lugar 12

IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar 11 Se ignora 99

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

2011 02 01 11 03 10

Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Si 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Si 1 No 2

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

{

b)

c)

d)

choque hipovolémico

Debido a (o como consecuencia de)

Sangrado de tubo digestivo alto

Debido a (o como consecuencia de)

Cirrosis hepática Child C

Debido a (o como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Tuberculosis miliar, diabetes mellitus

Hipertensión arterial

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El puerperio 3

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

Si 1 No 2 Se ignora 9

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si 1 No 2 Se ignora 9

SECRET

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Suicidio 3 Se ignora 9

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Calle o carretera (vía pública) 0

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicio 0

Si 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

SERVICIOS INDUSTRIAL 6

(taller, fábrica, oficina)

Granja 1

(rancho o parcela) 0

Otro 8

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

Talibante 1

Amigo 1

Pariente 1

Otro 1

Se ignora 9

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

22.7.1 Tipo de vialidad

EN SALUD

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

RECIBIDA

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

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido