

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

170646927

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		ma. elizabet		Sánchez		contreras	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
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		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/> 9	
L131861610604MSPN1101		Se ignora <input type="radio"/> 99		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	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora <input type="radio"/> 9
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL			
				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Casado(a) <input type="radio"/> 5 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	
111300							
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		Se ignora <input type="radio"/> 99	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <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 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 6	Otra <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
		SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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	
1113436							
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año		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	
10 11 2018							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II		19.3 Causas de la defunción	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Otras enfermedades que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Causas de la defunción	
a)		b)		c)		d)	
Neumonía adquirida en la comunidad		Tuberculosis pulmonar					
Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Síto donde ocurrió la lesión	
22.1.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	
22.1.2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9				Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)	
22.1.3 Otro <input type="radio"/> 8				Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.1.4 Otro <input type="radio"/> 8				Se ignora <input type="radio"/> 9		Granja o parcela <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	
22.1.5 Otro <input type="radio"/> 8				Otro <input type="radio"/> 8		Otro <input type="radio"/> 8	
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	
1113436							
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	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	
						*Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____					
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Dia Mes Año	

SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN 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.

170646927