



Morelos

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170647054

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
PARCERIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DE LA DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Fidel Muñoz Hernández		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		11 04 1968		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		MUHFG680411HSPXR03		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD
				SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	Días	Meses
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad
		Calle 145 Barrio		De San Luis Potosí	10.3 Nombre de la localidad
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano
781049				San Luis Potosí	10.7 Código Postal
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.8 Municipio o delegación	10.9 Municipio o delegación
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		11.2 Número de escolaridad	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99	
Bachillerato o <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajó <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 2 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	IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	13.1 Número de seguridad social	13.2 Número de identificación de establecimientos de salud (CLUES)
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave única de establecimientos de salud (CLUES)	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Hospital Central de Ignacio M. Zaragoza		Hogar <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
2395 Colonia		Avenida		Venustiano Carranza	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Nombre del asentamiento humano	
782410				San Luis Potosí	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?		16.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
28 12 2017 21:00:00		SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
Día Mes Año		16.3 Las causas de la muerte		16.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa)		19.1 Causa principal de muerte		19.2 Causa secundaria de muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>Inhalación respiratoria</i>		b) <i>Neumonía del paciente inmunosuprimido</i>	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		c) <i>Encefalitis granulomatosa</i>		d) <i>VHL / SIDA Causa renal</i>	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no causaron con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron					
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21. ¿TIENE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL PARTO O PUERPERIO?		22.3 Las causas de la muerte	
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		22.4 Relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
El embarazo <input type="radio"/> 1		No estuve embarazada en los últimos 11 meses <input type="radio"/> 5		Usos exclusivos del personal codificador	
43 días a 11 meses		No estuve embarazada en los últimos 11 meses <input type="radio"/> 6		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22.5 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA		22.6 Sitio donde ocurrió la lesión (taller, oficina, etc.)		22.7 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
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?		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.3 No		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.4 Sí		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2			
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.3 Áreas de trabajo			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.4 Áreas de residencia			
22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.5 Áreas de ocio			
22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.6 Áreas de servicios			
22.7.3 Áreas de trabajo		22.7.7 Áreas de ocio			
22.7.4 Áreas de residencia		22.7.8 Áreas de servicios			
22.7.5 Áreas de ocio		22.7.9 Áreas de servicios			
22.7.6 Áreas de servicios		22.7.10 Áreas de servicios			
22.7.7 Áreas de ocio		22.7.8 Áreas de servicios			
22.7.8 Áreas de servicios		22.7.9 Áreas de servicios			
22.7.9 Áreas de servicios		22.7.10 Áreas de servicios			