



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

170651957

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO (Nombre(s))	Marina		Primer Apellido	Banda		Segundo Apellido	Martinez	
2. FECHA DE NACIMIENTO (Día Mes Año)	1806 1967		3. SEXO (Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 0g)	Se ignora <input type="radio"/> 0g		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))	Sinaloa, Potosí	
5. CURP	BAUH6706184SPNVRRO11		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? (Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 0g)	No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 0g		7. NACIONALIDAD (Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Se ignora <input type="radio"/> 0g)	Mexicana <input type="radio"/> 01	
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
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:			150 Se ignora <input type="radio"/> 0g		
10. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a))	Calle		10.1 Tipo de vialidad	Reyes		10.2 Nombre de la vialidad	Magos	
5	Colonia		10.5 Tipo de asentamiento humano	Calle		10.6 Nombre del asentamiento humano	La Villa	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	79300	10.8 Localidad	Cuidad Mier		10.9 Municipio o delegación	Sinaloa Potosí	
10.7 Código Postal			11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCCUPACIÓN HABITUAL	Hogar <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 0g	
11. ESCOLARIDAD (Ninguna <input type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 0g Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02)	Bachillerato <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD (Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08)	14. SITIO DONDE SUCEDE LA DEFUNCIÓN (Secretaria de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09)	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> 010 Otro lugar <input type="radio"/> 012	Hogar <input type="radio"/> 011 Se ignora <input type="radio"/> 099	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN (1)	Calle		15.1 Tipo de vialidad	Juan Bautista Mollinedo		15.2 Nombre de la vialidad	La Villa	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	79300	15.5 Tipo de asentamiento humano	Cuidad Mier		15.6 Nombre del asentamiento humano	Sinaloa Potosí	
15.7 Código Postal			15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN (31 12 2017 14:30)	Dia	Mes	Año	Horas	Minutos	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? (Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 0g)	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? (Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)								
<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 El parto <input type="radio"/> 02 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 El puerperio <input type="radio"/> 03 Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 0g</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 0g</p> <p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 0g</p> <p>22.3 Sito donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 06 (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 0g Granja <input type="radio"/> 07 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 04 Otro <input type="radio"/> 08</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad</p> <p>22.7.2 Nombre de la vialidad</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior</p> <p>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>22.7.7 Código Postal</p> <p>22.7.8 Localidad</p> <p>22.7.9 Municipio o delegación</p> <p>22.7.10 Entidad federativa</p> <p>23. NOMBRE María Santos</p> <p>Primer Apellido Baca</p> <p>Segundo Apellido Banda</p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija <input type="radio"/> 02</p> <p>25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p>								