



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES

Modelo 2017  
FOLIO

170652669

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		<b>SECRETARÍA DE SALUD</b> <b>CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN</b>											
		ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES											
DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Carlos Domínguez Trejo</b> Nombre(s) <b>Carlos</b> Primer Apellido <b>Trejo</b> Segundo Apellido <b>García HGU 257</b>											
		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD FEDERATIVA		5. CURP		6. ¿HA SIDO NACIDO EN EL EXTRANJERO?		7. NACIONALIDAD	
Día <b>18</b> Mes <b>7</b> Año <b>1966</b>		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		SOM		<b>1106016031111112RRA6</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Horas		Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Días		Para menores de un mes <input type="radio"/> Días		Para menores de un año <input type="radio"/> Meses		Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos			
Para menores de 28 días anote:													
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas de gestación:				9. ESTADO		10. RESIDENCIA HABITUAL			
								En un Municipio o Delegación		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano						10.1 Tipo de vialidad			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación									
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:											
Ninguna <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado		Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 1									
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR		ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 7							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la Unidad médica privada		14.2 Clave Única									
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 7		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Hospital General <input type="radio"/> 1336									
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.5 Tipo de asentamiento humano									
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.8 Localidad		15.9 Municipio							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.7 Código Postal		17. ¿TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN?									
Día <b>10</b> Mes <b>06</b> Año <b>2017</b>		Horas <b>10</b> Minutos <b>51</b>		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 1									
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: PARTE I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente)													
a) <i>Choque térmico (septico - hipovolemia)</i> Debido a (o como consecuencia de)													
b) <i>Infermedad cardíaca aguda</i> Debido a (o como consecuencia de)													
c) <i>Necrosis en órgano en la comunidad</i> Debido a (o como consecuencia de)													
d) <i>Crisis convulsivas</i> Retroceso psicomotor													
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS													
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:													
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?							
						Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 1					
						Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 1					
						Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 2					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE													
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?											
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 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.											
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad											
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio			
23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
25. CERTIFICADA POR													
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Médico legista <input type="radio"/> 2		Otro médico* <input type="radio"/> 3		Pediatra <input type="radio"/> *Especifique							
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		29.4 Núm. Interior		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad									
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa											
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO											
		Número de la cédula profesional <b>170652669</b>											
DEL CERTIFICANTE		26. FIRMA <b>F. M. M. M.</b>											
EGRESO		27. NOMBRE <b>Mercedes Fierro García Fernández</b>											

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUDE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN 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.

170652669