



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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170653230

<b>DEL FALLECIDO</b>  1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Moises Cuz Lopez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO 01 51 03 1917 18 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Jerez, Jalisco Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
<b>DEL FALLECIDO</b>		5. CURP CJUNM78013015115PRRIS01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique					
		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			
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>		8.1 Para menores de 28 días anote: Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" 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	
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Número de la vivienda		10.7 Código Postal		10.8 Localidad			
		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km 1		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28 08 2017 11:40 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					
<b>DEL INF.</b>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE							
		a) Infección por virus de la inmunodeficiencia humana Debido a (o como consecuencia de)		21.2. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones después del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>		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 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.3. Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) Se ignora <input type="radio"/> 9					
		22.1. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 motivo en que se practicó la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
<b>DEL CERTIFICANTE</b>		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					
<b>REG. TEL.</b>		22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa							
		23. NOMBRE J. D. Lopez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
<b>DEL CERTIFICANTE</b>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Número de la cédula profesional							
		27. NOMBRE J. D. Lopez		28. FIRMA 							
<b>REG. TEL.</b>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año							
		29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad							

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES 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.

170653238