



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170653705

|   |  |  |  |   |  |   |  |
|---|--|--|--|---|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)  |  | ANGEL  |  | Cecilia   |  | Ruiz  |  |
| Nombre(s)   |  | Primer Apellido  |  | Segundo Apellido  |  |   |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO  |  | 3. SEXO  |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO  |  |   |  |
| 31/03/1963  |  | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)   |  |   |  |
| Día Mes Año   |  |  |  |   |  |   |  |
| 5. CURP   |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?  |  | 7. NACIONALIDAD   |  |   |  |
| CE17463033143P02N00   |  | Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99  |  | Mexicana <input checked="" type="radio"/> 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  |  |
| Minutos   |  | Horas  |  | Días  |  | Para menores de un año  |  |
| Para menores de 28 días anote:<br>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:  |  | 8.2 Semanas de gestación:  |  | 9. ESTADO CONYUGAL  |  | 10.2 Nombre de la vialidad  |  |
|   |  |  |  | Separado(a) <input type="radio"/> 6<br>En unión libre <input type="radio"/> 4<br>Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 3   |  | Viudo(a) <input type="radio"/> 2<br>Soltero(a) <input type="radio"/> 1<br>Se ignora <input type="radio"/> 9                           |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL   |  | 10.1 Tipo de vialidad  |  | 10.3 Núm. Exterior  |  | 10.4 Núm. Interior  |  |
| Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)  |  | Calle  |  | 10.5 Tipo de asentamiento humano  |  | Calle   |  |
| S/N   |  |  |  | 10.6 Nombre del asentamiento humano   |  | S/N Luis Pato   |  |
| 10.7 Código Postal  |  | 10.8 Localidad   |  | 10.9 Municipio o delegación   |  | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)   |  |
| 5100  |  | Laguna del Mante   |  | en Valle  |  |   |  |
| 11. ESCOLARIDAD   |  | 11.1 La escolaridad seleccionada es:   |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL  |  |   |  |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7                                     |  | Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8  |  | Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10  |  | Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2  |  |
| IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4   |  | PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6  |  | SEDENA <input type="radio"/> 3 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10   |  | Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD   |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN   |  | 14.1 Nombre de la unidad médica   |  | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)   |  |
| IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4   |  | Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7                             |  | Unidad médica privada <input type="radio"/> 9   |  | Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input checked="" type="radio"/> 12   |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN  |  | 15.1 Tipo de vialidad  |  | 15.2 Nombre de la vialidad  |  | Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  |
| S/N   |  | Calle  |  | S/N Llano Zarata  |  | S/N Luis Pato   |  |
| 15.3 Núm. Exterior  |  | 15.4 Núm. Interior   |  | 15.5 Tipo de asentamiento humano  |  | 15.6 Nombre del asentamiento humano   |  |
| 15.7 Código Postal  |  | 15.8 Localidad   |  | 15.9 Municipio o delegación   |  | 15.10 Entidad federativa  |  |
| 5100  |  | Laguna del Mante   |  | en Valle  |  | S/N Luis Pato   |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN  |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?   |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?   |  |   |  |
| 07/10/2017  |  | 01:00  |  | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9   |  | Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2  |  |
| Dia Mes Año   |  | Horas Minutos  |  |   |  |   |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)                     |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE   |  |   |  |   |  |
| PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  |  | 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS  |  | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión  |  | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)  |  |
| a) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica      |  | 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:   |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?  |  | Usado exclusivo del personal codificador  |  |
| b) {  |  | El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4                       |  | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2   |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE  |  |
| c)  |  | No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5   |  | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2   |  |   |  |
| d)  |  |  |  |   |  |   |  |
| PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo    |  | 22.1 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE   |  | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?  |  | 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:   |  |
| 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 |  | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión   |  | 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio   |  |   |  |
| 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?   |  | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 |  | Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 |  | Área industrial <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 |  |
| 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión  |  | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)   |  |   |  |   |  |
| 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)  |  |  |  |   |  |   |  |
| 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   |  |