



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

Modelo 2017

FOLIO

170851563  
194

|  |  |  |  |   |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)   |  | Victor Hernández   |  | Hernández   |  |   |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO   |  | 3. SEXO  |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO  |  | Segundo Apellido  |  |
| 06031944<br>Día Mes Año  |  | Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99  |  | Sinaloa   |  | Porosi  |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 5. CURP  |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?  |  | 7. NACIONALIDAD   |  | 8. EDAD CUMPLIDA  |  |
| HEAVIVI440310614SPR1XCC00  |  | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99   |  | Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Se ignora <input type="checkbox"/> 99  |  | Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos  |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 9. ESTADO CONYUGAL   |  | 10. RESIDENCIA HABITUAL  |  | 11. ESCOLARIDAD   |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL  |  |
| En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 6 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 |  | Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)   |  | Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10  |  | 10.1 Tipo de vialidad <input type="checkbox"/> 10.2 Nombre de la vialidad <input type="checkbox"/> 10.3 Núm. Exterior <input type="checkbox"/> 10.4 Núm. Interior <input type="checkbox"/> 10.5 Tipo de asentamiento humano <input type="checkbox"/> 10.6 Nombre del asentamiento humano <input type="checkbox"/> 10.7 Código Postal <input type="checkbox"/> 10.8 Localidad <input type="checkbox"/> 10.9 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <input type="checkbox"/> 10.11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD  |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN   |  | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN  |  | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN  |  |
| IMSS <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10   |  | Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8 |  | Rivas <input type="checkbox"/> 15.1 Tipo de vialidad <input type="checkbox"/> 15.2 Nombre de la vialidad <input type="checkbox"/> 15.3 Núm. Exterior <input type="checkbox"/> 15.4 Núm. Interior <input type="checkbox"/> 15.5 Tipo de asentamiento humano <input type="checkbox"/> 15.6 Nombre del asentamiento humano <input type="checkbox"/> 15.7 Código Postal <input type="checkbox"/> 15.8 Localidad <input type="checkbox"/> 15.9 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 15.10 Entidad federativa <input type="checkbox"/> 15.11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 |  | Rivas <input type="checkbox"/> 16.1 Nombre de la unidad médica <input type="checkbox"/> 16.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="checkbox"/> 16.3 Número de seguridad social o afiliación <input type="checkbox"/> 16.4 Se ignora <input type="checkbox"/> 99   |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)  |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?  |  | 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   |  | 19.1 Causas antecedentes<br>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica  |  | 19.2 Causas antecedentes<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo  |  | 19.3 Causas antecedentes<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo  |  |
|  |  | a) Debido a (o como consecuencia de)   |  | b) Debido a (o como consecuencia de)  |  | c) Debido a (o como consecuencia de)  |  |
|  |  | d) Debido a (o como consecuencia de)   |  |   |  |   |  |
|  |  | EPOC.  |  |   |  |   |  |
|  |  | TUBERCULOSIS PULMONAR  |  |   |  |   |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS  |  | 22.1.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?   |  | 22.1.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?   |  | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)  |  |
| 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:   |  | El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4  |  | El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5   |  | Área industrial <input type="checkbox"/> 6 Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9  |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE  |  | 22.2.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?   |  | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión  |  | 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:   |  |
| 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 3  |  | 22.2 Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9  |  | Área industrial <input type="checkbox"/> 6 Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9  |  | 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 <input type="checkbox"/> 22.7.4 Núm. Interior <input type="checkbox"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <input type="checkbox"/> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <input type="checkbox"/> 22.7.7 Código Postal <input type="checkbox"/> 22.7.8 Localidad <input type="checkbox"/> 22.7.9 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 22.7.10 Entidad federativa <input type="checkbox"/> 1   |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 23. NOMBRE DEL INF.  |  | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)   |  |   |  |   |  |
| Nicolas Hernández  |  | Antonio  |  |   |  |   |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 25. CERTIFICADA POR  |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO   |  |   |  |   |  |
| Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4   |  | Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5  |  | Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Otro* <input type="checkbox"/> 8  |  | Número de la cédula profesional <input type="checkbox"/> 9788496  |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE  |  | 28. FIRMA  |  |   |  |   |  |
| MARININ ALVIR DEL RIC  |  | REYES  |  |   |  |   |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO   |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN   |  |   |  |   |  |
| Rivas  |  | 29.1 Tipo de vialidad <input type="checkbox"/> 1790045   |  | 29.2 Nombre de la vialidad <input type="checkbox"/> 29.3 Núm. Exterior <input type="checkbox"/> 29.4 Núm. Interior <input type="checkbox"/> 29.5 Tipo de asentamiento humano <input type="checkbox"/> 29.6 Nombre del asentamiento humano <input type="checkbox"/> 29.7 Código Postal <input type="checkbox"/> 29.8 Localidad <input type="checkbox"/> 29.9 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 29.10 Entidad federativa <input type="checkbox"/> 29.11 Teléfono <input type="checkbox"/> 12 102 2017   |  |   |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO  |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO  |  |   |  |   |  |
| Núm. 02, Libro Núm. 05   |  | 32.1 Localidad <input type="checkbox"/> Tercerofilia   |  | 32.2 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> Tamazunchale   |  | 32.3 Entidad federativa <input type="checkbox"/> S.L.P. 32.4 Día <input type="checkbox"/> 12 Mes <input type="checkbox"/> 10 Año <input type="checkbox"/> 2017  |  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 31.1 Acta Núm. 00012   |  |  |  |   |  |   |  |

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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 GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARALES.

DEL REG. CIVIL DEL CERTIFICANTE DEL INF.