



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

1005316
180641923

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Mirna Del Socorro Muñoz Legavre Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO 25/07/1974 3. SEXO Hombre 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Día Mes Año Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 7. NACIONALIDAD Mexicana 8. EDAD CUMPLIDA Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/>	
9. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad 23 C 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 14101 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11. La escolaridad seleccionada es: Completa 12. Ocupación Habitual <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí 12.2 No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública O9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 07/02/2018 02:12:12 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Inhalación en paciente muerto dormido Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
b) VHF/ SUGA C3 Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)	
d) 		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él/la fallecido(a)	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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 22.7.3 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 o delegación 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) 1111 Primer Apellido 1111 Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 1111	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO *Especifique Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Nombre(s) 1111 Primer Apellido 1111 Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
1111		1111	
29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE JUICIO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 1111 1111 1111 Día Mes Año	

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES

130341923