



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180642633

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>Perla Elizabeth</i>		Primer Apellido	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día <i>15</i> Mes <i>11</i> Año <i>1963</i>	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				
5. CURP				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD				
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique				
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> 1 Minutos <input type="radio"/> 2 Para menores de un día <input type="radio"/> 1 Horas <input type="radio"/> 2 Para menores de un mes <input type="radio"/> 1 Días <input type="radio"/> 2 Para menores de un año <input type="radio"/> 1 Meses <input type="radio"/> 2 Para personas de un año o más <input type="radio"/> 1 Años cumplidos <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Casado(a) <input type="radio"/> 5			
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 1	8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/> 1	10. RESIDENCIA HABITUAL	10.1 Tipo de vialidad				
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		10.3 Núm. Exterior <i>7199160</i>	10.4 Núm. Interior <i>7199160</i>	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.2 Nombre de la vialidad <i>Palmito</i>				
10.7 Código Postal		10.8 Localidad <i>Tamazula</i>	10.9 Municipio o delegación <i>Tamazula</i>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	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	Unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior <i>7199160</i>	15.4 Núm. Interior <i>7199160</i>	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
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día <i>11</i> Mes <i>03</i> Año <i>2018</i>	Horas <i>23</i> Minutos <i>48</i>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input 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 type="radio"/> 2		
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				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Usa exclusivo del personal codificador Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) <i>Choque septico</i> Debido a (o como consecuencia de)	b) <i>Rheumatoide Asociado a Cuello de cuello</i> Debido a (o como consecuencia de)	c) <i>Hemorragia subaracnoides</i> 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 morboso 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?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Usa exclusivo del personal codificador Código CIE		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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 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 <i>7199160</i>		22.7.4 Núm. Interior <i>7199160</i>		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		Nombre(s) <i>Perla Elizabeth</i>		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input 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 médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
						*Especifique		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Nombre(s) <i>Perla Elizabeth</i>		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		Día <i>10</i> Mes <i>03</i> Año <i>2018</i>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31.1 Acta Núm. <i>1027360</i>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. <i>1027360</i>		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día <i>10</i> Mes <i>03</i> Año <i>2018</i>		32.4 Día <i>10</i> Mes <i>03</i> Año <i>2018</i>	
31.1 Acta Núm. <i>1027360</i>		32.3 Entidad federativa		32.4 Día <i>10</i> Mes <i>03</i> Año <i>2018</i>		32.4 Día <i>10</i> Mes <i>03</i> Año <i>2018</i>		32.4 Día <i>10</i> Mes <i>03</i> Año <i>2018</i>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA

*SILA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARS



180642633