

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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 PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Perla Lizabeth Rivera</div>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>31/10/1977</div>		3. SEXO <div>Hombre <input type="radio"/>1 Mujer <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>		5. CURP <div>PER771031M0200</div>
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Si <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>		7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/>1 Otra <input type="radio"/>2 → Especifique</div>
	8. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <div>171977601</div> 8.2 Semanas de gestación: <div>31</div> 8.3 Peso (gramos): <div>3500</div></div>		
DEL FALLECIDO	9. ESTADO CONYUGAL <div>Separado(a) <input type="radio"/>6 Viudo(a) <input type="radio"/>2 Casado(a) <input type="radio"/>5 En unión libre <input type="radio"/>4 Divorciado(a) <input type="radio"/>3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/>1 Se ignora <input type="radio"/>9</div>		
	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <div>Calle</div> 10.2 Nombre de la vialidad <div>Carretera a Tancitaro</div> 10.3 Núm. Exterior <div>171977601</div> 10.4 Núm. Interior <div>171977601</div> 10.5 Tipo de asentamiento humano <div>Tancitaro</div> 10.6 Nombre del asentamiento humano <div>Tancitaro</div> 10.7 Código Postal <div>37197</div> 10.8 Localidad <div>Tancitaro</div> 10.9 Municipio o delegación <div>Tancitaro</div> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>		
	11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/>1 Preescolar <input type="radio"/>12 Primaria <input type="radio"/>3 Secundaria <input type="radio"/>5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>7 Profesional <input type="radio"/>8 Posgrado <input type="radio"/>10 Se ignora <input type="radio"/>99</div>		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>99</div>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/>1 ISSSTE <input type="radio"/>3 SEDENA <input type="radio"/>5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/>7 Otra <input type="radio"/>8 IMSS <input type="radio"/>2 PEMEX <input type="radio"/>4 SEMAR <input type="radio"/>6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/>10 Se ignora <input type="radio"/>99</div>		
DE LA DEFUNCIÓN	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input type="radio"/>1 IMSS <input type="radio"/>3 PEMEX <input type="radio"/>5 SEMAR <input type="radio"/>7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/>2 ISSSTE <input type="radio"/>4 SEDENA <input type="radio"/>6 Otra unidad pública <input type="radio"/>8 Unidad médica privada <input type="radio"/>9</div>		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>15.1 Tipo de vialidad <div>Carretera</div> 15.2 Nombre de la vialidad <div>Carretera a Tancitaro</div> 15.3 Núm. Exterior <div>171977601</div> 15.4 Núm. Interior <div>171977601</div> 15.5 Tipo de asentamiento humano <div>Tancitaro</div> 15.6 Nombre del asentamiento humano <div>Tancitaro</div> 15.7 Código Postal <div>37197</div> 15.8 Localidad <div>Tancitaro</div> 15.9 Municipio o delegación <div>Tancitaro</div> 15.10 Entidad federativa <div>Tancitaro</div></div>		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/10/2018 23:48</div>		
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>		
	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2</div>		
MUEERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque séptico b) Neumonía Asociada a Cuidados de Salud c) Hemorragia subaracnoidea d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</div>		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>5</div>		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>23.1 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"/>4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/>2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/>5 23.2 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</div>		
DEL REG. CIVIL	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Padre</div>		
	25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/>1 Médico legista <input type="radio"/>2 Otro médico* <input type="radio"/>3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>4 Autoridad civil* <input type="radio"/>5 Otro* <input type="radio"/>8</div>		
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>Número de la cédula profesional <div>9027360</div></div>		
	27. FIRMA <div>Firma</div>		
	28. DOMICILIO y TELÉFONO <div>28.1 Tipo de vialidad <div>Calle</div> 28.2 Nombre de la vialidad <div>Carretera a Tancitaro</div> 28.3 Núm. Exterior <div>171977601</div> 28.4 Núm. Interior <div>171977601</div> 28.5 Tipo de asentamiento humano <div>Tancitaro</div> 28.6 Nombre del asentamiento humano <div>Tancitaro</div> 28.7 Código Postal <div>37197</div> 28.8 Localidad <div>Tancitaro</div> 28.9 Municipio o delegación <div>Tancitaro</div> 28.10 Entidad federativa <div>Tancitaro</div> 28.11 Teléfono <div>37197</div></div>		
DEL REG. CIVIL	29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/10/2018</div>		
	30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. <div>171977601</div> Libro Núm. <div>171977601</div></div>		
	31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>31.1 Localidad <div>Tancitaro</div> 31.2 Municipio o delegación <div>Tancitaro</div> 31.3 Entidad federativa <div>Tancitaro</div> 31.4 Día <div>17</div> Mes <div>10</div> Año <div>2018</div></div>		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>32.1 Localidad <div>Tancitaro</div> 32.2 Municipio o delegación <div>Tancitaro</div> 32.3 Entidad federativa <div>Tancitaro</div> 32.4 Día <div>17</div> Mes <div>10</div> Año <div>2018</div></div>		
	33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>33.1 Localidad <div>Tancitaro</div> 33.2 Municipio o delegación <div>Tancitaro</div> 33.3 Entidad federativa <div>Tancitaro</div> 33.4 Día <div>17</div> Mes <div>10</div> Año <div>2018</div></div>		

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

