



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180643452

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>Maria</u>		Primer Apellido <u>Hernández</u>		SegundoApellido <u>López</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Años cumplidos
		Minutos	Horas	Días	Meses		<u>54</u>
Para menores de 28 días a tote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		
					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 type="radio"/> 1
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle <u>Lázaro Cárdenas</u>		10.2 Nombre de la vialidad	
60							
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.8 Nombre del asentamiento humano	
						<u>Negrotilic de Comonfort</u>	
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"/> 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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
				Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Salgadora <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"/> 9		Hospital <u>Cerrito</u>		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
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	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Dia <u>15</u> Mes <u>04</u> Año <u>2018</u> Horas <u>00</u> Minutos <u>25</u>		16.2 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión anteriores a la muerte?		16.3 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evita señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		19.3 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
		a) <u>Choque Sepárico</u> Debido a (o como consecuencia de)					
		b) <u>Nefronia Adquirida en la Comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de)					
		c) <u>Tuberculosis Pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de)					
		d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)					
19.4 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador	
21.4 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El parto <input type="radio"/> 1 El puerperio <input type="radio"/> 3							
43 días/11 meses después del parto/aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)			
22.5 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.6 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	
						Área deportiva <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.7 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.9 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio							
22.10 Muertes accidentales y violentas		22.11 Núm. Exterior <u>180643452</u> 22.12 Núm. Interior <u>180643452</u>		22.7.3 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	

*SI LA 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES