



## SECRETARÍA DE SALUD

Modelo 2017.1

FOLIO

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

180645514

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. / IL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		EUGENIA A HUERTA DON JUAN	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
5. CURP		7. NACIONALIDAD	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD	
10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	
10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
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		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda	
15.2 Nombre de la vivienda		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	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
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?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)		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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.8 Localidad		22.9 Municipio o delegación	
22.10 Entidad federativa		22.11 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vivienda	
29.2 Nombre de la vivienda		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		29.9 Municipio o delegación	
29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad	