



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180646559

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Francisco Zúñiga Armenta	
	Nombre(s)	Primer Apellido
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"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD
	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
		Se ignora <input type="radio"/> 9

8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento.	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):			Se ignora <input type="radio"/> 9

9. ESTADO CONYUGAL	Separado(s) <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	Se ignora <input type="radio"/> 9

10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad
-------------------------	--	-----------------------	----------------------------

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	Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL					
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2						

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"/> 8	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
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		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	14.1 Nombre de la unidad médica	Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
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	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99

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	Día Mes Año	Horas Minutos	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, estenia, etc.)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) <i>Infarto intestinal</i> Debido a (o como consecuencia de)	b) <i>Choque hipovolémico</i> Debido a (o como consecuencia de)	c) <i>Tuberculosis intestinal</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 morbo que la produjo				
---	--	--	--	--

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	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	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)
Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Residencia particular <input type="radio"/> 0 (asilo, orfanato, etc.)
		Residencia colectiva <input type="radio"/> 1 (vía pública)
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2
		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5
		Granja o parcela <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)
		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	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido

25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
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
	* Especifique	
	Número de la cédula profesional	

27. NOMBRE	28. FIRMA	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido

29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	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	Día Mes Año
----------------------------	-------------

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIZACIÓN JURADA	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
---	-------------------------------

* SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, 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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARS

130646559

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE



Paciente: FRANCISCO ZUÑIGA ARMENTA	Id..... : HCR760520
Médico : VELAZQUEZ	Sexo : M
Cedula : 10202016	Sala : TR
Diagnos.: PB TUBERCULOSIS PULMONAR	Fecha: 06-SEP-2018
	Hora: 08:43
	F.Nac: 06-SEP-1961
	Edad: 57A



BACILOSCOPIAS [BAAR]

Número de Muestra : 414 No/Muestras procesadas : 1
Tipo de Muestra : EXPECTORACION

Fecha de recolección de Muestra 1 : 050918 Muestra 2 :
Fecha de recolección de Muestra 3 : Muestra 4 :
Fecha de recolección de Muestra 5 : Muestra 6 :

Comentarios :

Reporte de Bacilos ácido alcohol resistentes : POSITIVO (+++)

INTERPRETACION DE RESULTADOS

NEGATIVO : No se observan Bacilos ácido alcohol resistentes en 100 campos Obs.
de 1 a 9 : Se informa el número de Bacilos en 100 Campos observados
Positivo(+) : Menos de 1 Bacilo (de 10-99 bacilos) en 100 Campos observados
Positivo(++) : de 1 a 10 Bacilos por campo en 50 campos observados
Positivo(+++) : Mas de 10 Bacilos por campo en 20 campos observados

*Realizo: MGMM

Fec: 10-SEP-2018 Hora: 14:38