



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

**MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

DEL
INF.

EL CERTIFICANTE

Formulario de Defunción (Certificado de Defunción) - Versión 2011

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Lucía Vázquez Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 200211947 **3. SEXO** Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐ **4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** México

5. CURP V A T L 1 4 7 C R K Z P I E F Z K K O T **6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** SI ☐ NO ☒ Se ignora ☐ **7. NACIONALIDAD** Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique

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: **9. ESTADO CONYUGAL** Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Netzahualcóyatl 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: S/N

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 ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐ 12.1 Trabajaba SI ☐ NO ☐ Se ignora ☐

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ IMSS PROSPERA ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General 2011 50 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

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 16.1 Fecha: 16.2 Hora: 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☐ NO ☐ Se ignora ☐ 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI ☐ NO ☐

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Metastasis

b) Cáncer de mama

c) Infección de vías urinarias

d)

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

Diabetes Mellitus

Insuficiencia cardíaca

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ☐ NO ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI ☐ NO ☐

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ NO ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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: Ancho

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 Nombre(s) Vázquez Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 2678423

27. NOMBRE Omar Cordero Jaramero Segundo Apellido

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 30.1 Fecha: 30.2 Hora:

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO