

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

180647303

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Amando Díaz		Bacayo Henández.					
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		1990		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día		Mes		Año		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
5. CURP						Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
						Se ignora <input type="radio"/> 99			
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes			
		Minutos		Horas		Días			
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):			
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 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		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 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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 SEDENA <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano			
		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día		Mes		Año			
		Horas		Minutos					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		a) <i>Arritmia letal</i> Debido a (o como consecuencia de) <i>Neuroinfección</i> Debido a (o como consecuencia de) <i>Neumonía atípica</i> Debido a (o como consecuencia de) <i>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida</i>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
PARTE II		b) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		22.1 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
				22.1.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.1.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.1.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
				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 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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		c) 22.2 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(la) fallecido(a)			
				Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Área industrial <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
DEL INF.		d) 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		22.7.1 Tipo de vialidad			
								22.7.2 Nombre de la vialidad	
								22.7.3 Núm. Exterior	
								22.7.4 Núm. Interior	
DEL CERTIFICANTE		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	
DEL REG. CIVIL		23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
						Nombre(s)		Primer Apellido	
						Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FIRMA			
				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		*Especifique		Número de la cédula profesional	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
				29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
				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	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación			
						32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	
31.1 Acta Núm.									

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRARLA

