



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180650208

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Jesús Martínez Ortiz					
		Primer Apellido	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O ₉	Matehuala Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD				
MA103154012015HSPIRIS06		Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉ Sí <input checked="" type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	Mexicana <input checked="" type="radio"/> O ₁ Otra <input type="radio"/> O ₂ → Especifique				
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	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10. ESTADO CONYUGAL			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> O ₆ En unión libre <input checked="" type="radio"/> O ₄	Viudo(a) <input type="radio"/> O ₂ Soltero(a) <input type="radio"/> O ₁	Casado(a) <input type="radio"/> O ₅ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Prolongacion Fernando Amilpa			10.2 Nombre de la vialidad		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad			10.6 Nombre del asentamiento humano		
202					10.7 Código Postal		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
				Ojo de agua		Matehuala	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Ninguna <input type="radio"/> O ₁ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> O ₇		Preescolar <input type="radio"/> O ₁₂ Profesional <input type="radio"/> O ₈	Primaria <input type="radio"/> O ₃ Posgrado <input type="radio"/> O ₁₀	Secundaria <input type="radio"/> O ₅ Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉	Completa <input type="radio"/> O ₁ Incompleta <input type="radio"/> O ₂	Separado(a) <input type="radio"/> O ₆ Divorciado(a) <input type="radio"/> O ₃	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> O ₁ IMSS <input type="radio"/> O ₂	ISSSTE <input type="radio"/> O ₃ PEMEX <input type="radio"/> O ₄	SEDENA <input type="radio"/> O ₅ SEMAR <input type="radio"/> O ₆	Seguro Popular <input type="radio"/> O ₇ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O ₁₀	Otra <input type="radio"/> O ₈ Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> O ₁ 13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> O ₁ IMSS <input type="radio"/> O ₂	IMSS <input type="radio"/> O ₃ ISSSTE <input type="radio"/> O ₄	PEMEX <input type="radio"/> O ₅ SEDENA <input type="radio"/> O ₆	SEMAR <input type="radio"/> O ₇ Otra unidad médica pública <input type="radio"/> O ₈	Unidad médica privada <input type="radio"/> O ₉	14.1 Nombre de la unidad médica
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.2 Nombre de la vialidad
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?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
				Sí <input checked="" type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I			19.2 Parte II		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de) Tuberculosis pulmonar	b) Debido a (o como consecuencia de) Tuberculosis ósea	c) Debido a (o como consecuencia de) Tubercolosis mielosóférica	d)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
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		21.1 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?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
El embarazo <input type="radio"/> O ₁ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> O ₄		El parto <input type="radio"/> O ₂ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> O ₅	Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂	Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂	Uso exclusivo del personal codificador		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> O ₁ Suicidio <input type="radio"/> O ₃ Homicidio <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
		Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	Vivienda particular <input type="radio"/> O ₀ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> O ₁ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O ₂	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> O ₆ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> O ₄ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> O ₅	Graña (rancho o parcela) <input type="radio"/> O ₇ Otro <input type="radio"/> O ₈ Se ignora <input type="radio"/> O ₉		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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		Martinez Reyes			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	11-05			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> O ₁ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> O ₄			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
		Médico legista <input type="radio"/> O ₂ Autoridad civil <input type="radio"/> O ₅	Otro médico* <input type="radio"/> O ₃ Otro* <input type="radio"/> O ₈	Número de la cédula profesional 09594105			
27. NOMBRE		In Dego de Jesus Macias Linares			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	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

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

180650208