



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180652384

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Dolb

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Montez

2. FECHA DE NACIMIENTO

110 00 1979

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

VE M D 79 08 10 M S P N N L O 1

Se ignora

99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD

Mexicana Otra

Se ignora

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):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)

Viudo(a)

Casado(a)

En unión libre

Divorciado(a)

Soltero(a)

2. Separado(a)

3. Viudo(a)

4. Casado(a)

5. En unión libre

6. Divorciado(a)

7. Soltero(a)

8. Separado(a)

9. Viudo(a)

10. Casado(a)

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad

10.3 Núm. Exterior

10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

Juarez

10.2 Nombre de la vialidad

Av. Río Grande

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

Bachillerato o preparatoria

Preescolar

Profesional

Primaria

Posgrado

Secundaria

Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa

Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba Sí

No

Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

IMSS

ISSSTE

PEMEX

SEDENA

SEMAR

Seguro Popular

Otra

13.1 Número de seguridad social o afiliación

2410886001

IMSS PROSPERA

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública

Otro lugar

SEMAR

Otra unidad médica privada

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar

Se ignora

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

11

Mes

Agosto

Año

2018

Horas

10

Minutos

14

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí

No

Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí

No

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

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debido a (o como consecuencia de)

Animales venenosos

b) Debido a (o como consecuencia de)

Inhalación de gases tóxicos

c) Debido a (o como consecuencia de)

Tuberculosis, fármacos y sistema

d)

PARTE II

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

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

I499

19.1

J960

A169

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

43 días a 11 meses

después del parto o aborto

El parto

No estuvo embarazada en los

últimos 11 meses previos a la muerte

El puerperio

5

Sí

No

Se ignora

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

Se ignora

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

Se ignora

Uso exclusivo del personal codificador

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

A111619

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente

Homicidio

Suicidio

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí

No

Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Vivienda colectiva

(asilo, orfanato, etc.)

Escuela u oficina pública

Área deportiva

Calle o carretera

(vía pública)

Área comercial o de servicio

Granja (rancho o parcela)

Otro

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

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