



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
TES DE LLENAR LAS INSTRUCCIONES EN EL RE

180653284
FOLIO

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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**

OS DATOS PERSONALES ESTÁN 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

180653284

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		ANGELA LURAN MARTINEZ		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día 10 Mes 07 Año 1920		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		DUMLA170904MSPRNRNA1		Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. JAHABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicano <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 2	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/>		8.2 Semanas 8.3 Peso (gramos) Días	
Para menores de 28 días anote:				9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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	
7 0 7 0 3				10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		EL 10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A LOS 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 <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 02 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
IMSS <input type="radio"/> 2 PROSPERA <input type="radio"/> 0 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 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 2417047206	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		SEMAR <input type="radio"/> 7 HOSPITAL GENERAL DE RIOVERDE		14.1 Nombre de la unidad médica	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5		Unidad médica <input type="radio"/> 0 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 privada <input type="radio"/> 9		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Calle 1541 entre Calzada Gómez y Carretera Sancto		15.1 Núm. Exterior	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
7 0 5 1 0		RIOVERDE		RIOVERDE	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		2 1 0 1 0 0		17. CUANTO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
2 Dia 4 Mes		2 0 0 0 0 0		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Especifica si la muerte ocurrió durante:		19.2 Debe a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 Últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		19.3 Debe a (o como consecuencia de)	
ESTADOS morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa.		c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)	
CONSIDERACIONES ANATÓMICAS		FAILA ORGÁNTICA MULTIPLE		CARDIOPATIA CONGENITA ACIANGENIA	
PARTE II		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Código CIE		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21. SILA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.4 Uso exclusivo del personal calificador		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(a) fallecido(a)	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Código CIE		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
43 días a 11 meses		Uso exclusivo del personal calificador		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22. SILA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Número de la vialidad	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Asilo, orfanato, etc. <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.8.1 Tipo de asentamiento humano		22.8.2 Nombre de la vialidad	
Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8		22.8.3 Número de la vialidad		22.8.4 Número de la vialidad	
Área industrial <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7		22.8.5 Número de la vialidad		22.8.6 Número de la vialidad	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(a) fallecido(a)		22.8.7 Número de la vialidad		22.8.8 Número de la vialidad	
22.5 Nombre		22.6 Nombre		22.7.10 Entidad federativa	
22.7.9 Número de la vialidad		22.8.10 Número de la vialidad		22.8.11 Número de la vialidad	
22.8.11 Número de la vialidad		22.9.1 Tipo de vialidad		22.9.2 Nombre de la vialidad	
22.9.3 Número de la vialidad		22.9.4 Número de la vialidad		22.9.5 Tipo de asentamiento humano	
22.9.6 Nombre del asentamiento humano		22.9.7 Código Postal		22.9.8 Número de la vialidad	
22.9.9 Municipio o delegación		22.9.10 Entidad federativa		22.9.11 Teléfono	
22.9.11 Teléfono		22.9.12 Número de la vialidad		22.9.13 Número de la vialidad	
23. NOMBRE		23.1 Apellido		23.2 Apellido	
JUANA LURAN MARTINEZ		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. FIRMAS	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otra* <input type="radio"/> 8		707152		Número de la cédula profesional	
Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Secretaría de Salud		*Especifique		28. FIRMA	
27. NOMBRE		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		HERMANA	
MIGUEL DE LOS SANTOS CALLE GAMA esq. CARRETERA SAN CIRO S/N		29.1 Primer Apellido		29.2 Segundo Apellido	
29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Número de la vialidad		29.4 Número de la vialidad	
29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Número de la vialidad		29.7 Número de la vialidad	
29.7 Código Postal		29.8 Número de la vialidad		29.9 Número de la vialidad	
31. LA DEFUNCIÓN FUÉ INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Número... libro Núm...		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación	
31.1 Acta Núm.				32.3 Entidad federativa	
32.4 Dia Mes Año				32.5 Dia Mes Año	