



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

Baruch 180654059

Lectante

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		Luis Enrique		Luis Enrique		Baruch		HOU 007			
2. FECHA DE NACIMIENTO		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
21 09 1917		3. SEXO		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
5. CURP											
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos		Para menores de un día <input type="radio"/> Horas		Para menores de un mes <input type="radio"/> Días		Para menores de un año <input type="radio"/> Meses			
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		Cancer			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		Real Campestre			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		SOLISTEC			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 2		SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4		PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6		SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
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	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Dia 29 10 2018		16.2 Mes 22 9 1		16.3 Año		16.4 Horas		16.5 Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 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 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		19.4 Uso exclusivo del personal codificador			
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?		21.4 Uso exclusivo del personal codificador			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> 2 suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 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(la) fallecido(a)			
22.7 Anote el domicilio del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Nombre donde ocurrió la lesión		22.7.2 Tipo de 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		CIV Baruch		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
27. NOMBRE		Ricardo Alfonso		Primer Apellido		Segundo Apellido				Número de la cédula profesional	
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		29.11 Teléfono		29.12 Día		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		32.1 Localidad		32.2 Día		32.3 Mes		32.4 Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE OFICIALIA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									

DE LA DEFUNCIÓN
DE LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARCIALES
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARCIALES

*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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARCIALES
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARCIALES

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS
DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

180654059

REG. N°