



ABIGAIL BALDERAS DEL ÁNGEL

Modelo 2017.1  
FOLIOSECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180654844

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Abigail Balderas Del Angel		Primer Apellido	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		14/04/1971		3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP		BAAA730413MSPLNBO9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Puebla	
				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	
		Minutos	Horas	Días	Meses	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
				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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
				Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	
12. Ocupación Habitual				12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PROSPERA <input type="radio"/> 2	IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8	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		15.1 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 <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	Mes <input type="radio"/> 2 después del parto o aborto <input type="radio"/> 9	Año <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	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.)		Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				
		a) Debido a (o como consecuencia de)				
		b) Debido a (o como consecuencia de)				
		c) Debido a (o como consecuencia de)				
		d) Debido a (o como consecuencia de)				
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Neuroinfección VIH SIDA				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
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?	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 después del parto o aborto <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
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						
23. NOMBRE		Nombre(s)		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	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO *Especifique Número de la cédula profesional
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		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		29.5 Tipo de asentamiento humano
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3
31.1 Acta Núm. _____						

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

180654844