



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO

180654845

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

\*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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Leah</u> <u>Ilana</u> <u>Mele</u> <u>356</u> Primer Apellido <u>Mele</u> Segundo Apellido <u>356</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>01</u> Mes <u>12</u> Año <u>15</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>HEME150101MSPRLS07</u> <u>HEME15010107MSPRLS07</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>10</u> Para menores de un día: Horas <u>10</u> Minutos <u>10</u> Para menores de un mes: Días <u>10</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>10</u> Para menores de un año: Meses <u>10</u> Años cumplidos <u>10</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>10</u> Meses <u>10</u> Días <u>10</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1010</u> 10.4 Núm. Interior <u>1010</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 10.7 Código Postal <u>1010</u> 10.8 Localidad <u>Urbanización</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Urbanización</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 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 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIO DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 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 <u>12170678132</u>			

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de la Secretaría de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>12170678132</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior <u>1010</u> 15.4 Núm. Interior <u>1010</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 15.7 Código Postal <u>1010</u> 15.8 Localidad <u>Urbanización</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Urbanización</u> 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>01</u> Mes <u>12</u> Año <u>15</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>10</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Cardiopatía coronaria</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Coronarios</u> b) <u>Necrosis aguda del miocardio</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>NAC</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 días</u> Código CIE <u>210</u>		Uso exclusivo del personal codificador	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto: aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>210</u>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>1010</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>1010</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 22.7.7 Código Postal <u>1010</u> 22.7.8 Localidad <u>Urbanización</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>Urbanización</u> 22.7.10 Entidad federativa			

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Leah</u> <u>Ilana</u> <u>Mele</u> Primer Apellido <u>Mele</u> Segundo Apellido <u>356</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>
---	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICANTE Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique <u>12170678132</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>12170678132</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Leah</u> <u>Ilana</u> <u>Mele</u> Primer Apellido <u>Mele</u> Segundo Apellido <u>356</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior <u>1010</u> 29.4 Núm. Interior <u>1010</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 29.7 Código Postal <u>1010</u> 29.8 Localidad <u>Urbanización</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Urbanización</u> 29.10 Entidad federativa <u>Urbanización</u> 29.11 Teléfono <u>1010</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>01</u> Mes <u>12</u> Año <u>15</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1010</u> Libro Núm. <u>1010</u> 31.1 Acta Núm. <u>1010</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Urbanización</u> 32.2 Municipio o delegación <u>Urbanización</u> 32.3 Entidad federativa <u>Urbanización</u> 32.4 Día <u>01</u> Mes <u>12</u> Año <u>15</u>	

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

180654845