



**ESTRELLA H.DZ. MELO**  
**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO

180654845

356

ANTES DE ELLERAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO												356					
1. NOMBRE DEL FALLECIDO A)		Nombre(s) <i>Laura</i>				Primer Apellido <i>Hernández</i>				Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <i>01</i> Mes <i>10</i> Año <i>1970</i>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)													
5. CURP <i>HENEHEM150101MSPRLS07</i>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		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 _____ 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 _____		Especifique							
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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		10.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>		10.2 Nombre de la vialidad <i>Sánchez</i>							
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.4 Núm. Exterior <i>100</i>		10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Residencial</i>		10.9 Municipio o delegación <i>Xochimilco</i>		10.6 Nombre del asentamiento humano <i>Ahuatlán</i>									
10.7 Código Postal <i>14000</i>		10.8 Localidad <i>Xochimilco</i>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)													
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 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 checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input 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 IMSS <input type="radio"/> 2		SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación <i>13067012</i>									
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <i>1</i> IMSS <i>3</i> PEMEX <i>5</i> SEMAR <i>7</i> IMSS PROSPERA <i>2</i> ISSSTE <i>4</i> SEDENA <i>6</i> Otra unidad médica privada <i>8</i>		Unidad médica pública <i>9</i>		14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General de Xochimilco</i>		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99											
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)																	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____		15.4 Núm. Interior _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____		15.9 Municipio o delegación _____		15.10 Entidad federativa _____									
15.7 Código Postal <i>14000</i>		15.8 Localidad <i>Xochimilco</i>		15.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>		15.2 Nombre de la vialidad <i>Sánchez</i>		15.6 Nombre del asentamiento humano <i>Ahuatlán</i>									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Dia <i>25</i> Mes <i>10</i> Año <i>2010</i> Horas <i>10</i> Minutos <i>00</i>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" 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 checked="" 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) Causas antecedentes Estados morbosos: si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose el último lugar la causa básica		b) Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>3 meses</i>							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron										Uso exclusivo del personal codificador Código CIE							
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 43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve 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 checked="" type="radio"/> 1 No <input 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		Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE									
21.2.1 Sitio donde ocurrió la lesión 22.2.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3.1 Síto donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		22.3.2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área deportiva <input type="radio"/> 3 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 <i>14000</i>		22.7.8 Localidad <i>Xochimilco</i>		22.7.9 Municipio o delegación <i>Ciudad Guayana</i>		22.7.10 Entidad federativa <i>Méjico</i>											
23. NOMBRE Nombre(s) <i>Laura</i>		Primer Apellido <i>Hernández</i>		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <i>Preciado</i>											
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <i>132173</i>											
27. NOMBRE Nombre(s) <i>Laura</i>		Primer Apellido <i>Hernández</i>		Segundo Apellido		28. FIRMA <i>Preciado</i>											
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Número de teléfono <i>5555555555</i>		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 de la entidad federativa <i>Méjico</i>		29.7 Código Postal <i>14000</i>		29.8 Localidad <i>Xochimilco</i>													
29.9 Municipio o delegación <i>Ciudad Guayana</i>		29.10 Entidad federativa <i>Méjico</i>		29.11 Teléfono <i>5555555555</i>		Día <i>14</i>		Mes <i>10</i>		Año <i>2010</i>							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____		32.2 Municipio o delegación _____		32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____							
31.1 Acta Núm. _____																	
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE COLOCAR SUS DATOS EN EL REVERSO DE ESTA FICHA.																	

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