



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

180654977

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

**DE LA DEFUNCIÓN**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>RN</u> <u>Cortillo</u>		Primer Apellido <u>Rodríguez</u> <u>3560</u>	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día <u>28</u> Mes <u>01</u> Año <u>1918</u>		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		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	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	14	Días
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación: <u>213</u> <u>10930</u>		8.3 Peso (gramos): <u>3000</u>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					
10. RESIDENCIA HABITUAL		9. ESTADO CONYUGAL		10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		Pozo del Salz <u>Pozo del Salz</u>	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 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	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12.1 Trabajaba		12. Ocupación habitual	
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 99	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		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	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día <u>11</u> Mes <u>11</u> Año <u>2018</u>		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	
21. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
a) <u>Chocó</u> Debido a (o como consecuencia de)		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		48 horas	
b) <u>Enfermedad</u> Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Muerto	
c) <u>Asociada</u> Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		14 días	
d) <u>Prematuro</u> Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		14 días	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		22.3 Sito donde ocurrió la lesión		22.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
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		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	
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		Se ignora <input type="radio"/> 9	
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	
23. NOMBRE		22.7.10 Entidad federativa		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s) <u>RODRIGO CASTILLO</u>		Primer Apellido <u>Cortillo</u>		Segundo Apellido <u>Rodríguez</u>	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE	
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				Número de la cédula profesional	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		28. FIRMA		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Nombre del asentamiento humano		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	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.3 Entidad federativa	
Número _____ Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____		32.4 Día Mes Año	
31.2 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación		32.4 Día Mes Año	
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					

180654977

S E R V I C I O S D E S A L U D E S M E X I C O , D . F .  
D E S A N T I L I U S P O T O S I  
H O S P I T A L M A R T I N  
C D . V A L L E S , S . L . P  
T R A B A J O S O C I A L