



NELSY GUZMAN

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180656058

Ledesma 356487

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora

O9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

ZDL

Se ignora

O99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

O1

No

O2

Se ignora

O9

7. NACIONALIDAD

Mexicana

O1

Otra

O2

→

Especifique

Se ignora

O9

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores

de una hora

Para menores

de un día

Para menores

de un mes

Para menores

de un año

Para personas

de un año o más

Minutos

Horas

Días

Meses

Años cumplidos

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)

O6

Viudo(a)

O2

Casado(a)

O5

En unión libre

O4

Divorciado(a)

O3

Soltero(a)

O1

Se ignora

O9

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

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

O1

Preescolar

O12

Primaria

O3

Secundaria

O5

Bachillerato o preparatoria

O7

Profesional

O8

Posgrado

O10

Se ignora

O99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa

O1

Incompleta

O2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba

Sí

O1

No

O2

Se ignora

O9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

O1

ISSSTE

O3

SEDENA

O5

Seguro Popular

O7

Otra

O8

IMSS

O2

PEMEX

O4

SEMAR

O6

IMSS PROSPERA

O10

Se ignora

O99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

O1

IMSS

O3

PEMEX

O5

SEMAR

O7

Unidad médica

pública

O8

Otra unidad

privada

O9

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública

O10

Otro lugar

O12

Hogar

O11

Se ignora

O99

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

Mes

Año

Horas

Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí

O1

No

O2

Se ignora

O9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí

O1

No

O2

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 estadio patológico que produjo la muerte directamente

a)

Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en 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)

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estadio morbosos que la produjo

12.4 sec. a Deshidratación

CHOCO CARDIOPATIA CONGENITA Cianogena

ANEMIA NORMOCITICA Normocromica

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

EXECUTIVO

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

O1

El parto

O2

El puerperio

O3

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

O5

Sí

O1

No

Se ignora

O9

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí

O1

No

O2

Se ignora

O9

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí

O1

No

O2

Se ignora

O9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

O1

Área deportiva

O3

Calle o carretera

O4

Granja (rancho o parcela)

O7

Otro

O8

Se ignora

O9

22.4 Anote lo relativo que tenía el presunto agresor con el fallecido:

22.5 Defunción 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

22.7.1 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

O1

Médico legista

O2

Otro médico*

O3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

O4

Autoridad civil*

O5