



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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

180656544

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Gregoria Hernandez Hernandez		Hernandez			
2. FECHA DE NACIMIENTO		29/10/1968		3. SEXO			
Día Mes Año		Hombrer <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
				S-L-P.			
5. CURP		HEHGG681029MSPRRR02		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			
		Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
7. NACIONALIDAD		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2		Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
				→ Especifique			
8. EDAD		Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos		Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas			
CUMPLIDA		Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días		Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses			
				Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos			
9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4		Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
		Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3					
10. RESIDENCIA HABITUAL		Para menores de 28 días anote:		10.1 Tipo de vialidad			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:			
19				8.3 Peso (gramos):			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano			
				tampacan			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación			
		tampacan		tampacan			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7		Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8		Primaria <input type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2			
				edomeante			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7		ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 7		IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6		PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6		SP 2413126094			
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="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7		Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8		Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12			
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6				Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
19		15.5 Tipo de asentamiento humano		Bo - San Juan			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.6 Nombre del asentamiento humano			
		tampacan		Tampacan			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación			
		tampacan		S-L-P.			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Tipo de vialidad		16.2 Nombre de la vialidad			
07/04/2018 06:30		Día Mes Año Horas Minutos		16.3 Municipio o delegación			
				S-L-P.			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
				Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		6 días					
a) Neumonía .		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
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) c) d)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4		El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="checkbox"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2		Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	
Homicidio <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9				Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 9			
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		Diana Hernandez Hernandez		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre(s)							
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
Hermana							
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la <input type="checkbox"/> 1		Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 1		Otro médico* <input checked="" type="checkbox"/> 3 Otra* <input type="checkbox"/> 1	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
						1400930	

65656544