



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

180657042

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES

180657042

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Narciso Avila Aquino | | | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O ₉ | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí <input checked="" type="radio"/> | |
| | | | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | |
| 5. CURP A I A N T F 0 1 2 S H S P V Q R 0 2 | | 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> O ₉ | | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique | |
| 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos | | Para menores de un día Horas | | Para menores de un mes Días | |
| Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | 8.2 Semanas de gestación: | | 8.3 Peso (gramos): | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | Calle | | Em. lunes Zapata | |
| 19 int. B | | Ejido | | Tlaxiabola | |
| 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior | | 10.5 Tipo de asentamiento humano | | 10.6 Nombre del asentamiento humano | |
| 79966 | | Tlaxiabola | | Tlaxiabola | |
| 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 | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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 | | Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | | desempleado <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otro <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 | | 2410918594 - 1 | | | |
| 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 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 | | | | Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" 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 | |
| 19 int. B | | Ejido | | Tlaxiabola | |
| 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior | | 15.5 Tipo de asentamiento humano | | 15.6 Nombre del asentamiento humano | |
| 79966 | | Tlaxiabola | | Tlaxiabola | |
| 15.7 Código Postal | | 15.8 Localidad | | 15.9 Municipio o delegación | |
| 15.10 Entidad federativa | | | | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | 16.1 Día Mes Año | | 16.2 Hora Minutos | |
| 22042018 | | 0130 | | 0000 | |
| 16.3 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | 16.4 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3 | | 16.5 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | |
| Sí <input checked="" type="radio"/> 1 | | No <input type="radio"/> 2 | | 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) <i>Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)</i> Debido a (o como consecuencia de) <i>sin otra especificación</i> | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 8 años | |
| 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) | | Uso exclusivo del personal codificador Código CIE | |
| | | 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 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? | |
| 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | |
| 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 o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | | | | | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él(a) fallecido(a) | |
| 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Homicidio <input type="radio"/> 2 | | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 | | Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 | |
| Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 | | Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 | |
| 22.2 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 | | Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 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 | | Aristeo Avila Aguno | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| 25. CERTIFICADA POR | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | |
| Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input type="radio"/> 3 | | 6515984 | | | |
| Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil * <input type="radio"/> 5 Otro * <input type="radio"/> 6 | | Número de la cédula profesional | | | |
| *Especifique | | | | | |
| 27. NOMBRE | | Alonso | | 28. FIRMA | |
| Nombre(s) | | Segundo Apellido | | | |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO | | 29.1 Tipo de vialidad | | 29.2 Nombre de la vialidad | |
| Colonia | | 29.7 Código Postal | | 29.8 Localidad | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | | 29.10 Entidad federativa | | 29.11 Teléfono | |
| Tlaxiabola | | 36209341 | | 23042018 | |
| 29.9 Municipio o delegación | | | | Día Mes Año | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | | |
| Número, Libro Núm. | | 32.1 Localidad | | | |
| 31.1 Acta Núm. | | 32.2 Municipio o delegación | | 32.3 Entidad federativa | |
| | | | | 32.4 Día Mes Año | |

ATENCIÓN: EL DESEMAYO DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE CERTIFICADO A LA SECRETARÍA DE SALUD

IMSS
H.R. No. 44
ZAPATIAPAN, S.L.P.