



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180658808

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Herculano

Francisco

Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

117 05 1941
Día Mes Año

3. SEXO

Hombre 1Mujer 2Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

LHLXHJ11051941HJLH

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí 1No 2Se ignora 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana 1Otra 2Se ignora 9

Especifique

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora
MinutosPara menores de un día
HorasPara menores de un mes
DíasPara menores de un año
MesesPara personas de un año o más
Años cumplidosSe ignora 9

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) 6Viudo(a) 2Casado(a) 5En unión libre 4Divorciado(a) 3Soltero(a) 1Se ignora 9

DEL FALLECIDO

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 1Preescolar 12Primaria 3Secundaria 5Bachillerato o preparatoria 7Profesional 8Posgrado 10Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa 1Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1ISSSTE 3SEDENA 5Seguro Popular 7Otra 8IMSS 2PEMEX 4SEMAR 6IMSS PROSPERA 10Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1IMSS 3PEMEX 5SEMAR 7IMSS PROSPERA 2ISSSTE 4SEDENA 6Otra unidad pública 8Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública 10Otro lugar 12Hogar 11Se ignora 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

15.6 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 1Mes 2Año 3Horas 4Minutos 5

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

Sí 1No 2Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí 1No 2

DE LA DEFUNCIÓN

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)

Neumonía Adquirida en la Comunidad

Debido a (o como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)

Tuberculosis Pulmonar

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Síndrome Conjuntivo

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

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1El parto 2El puerperio 3

43 días a 11 meses

después del parto o aborto 4

No estuvo embarazada en los

últimos 11 meses previos a la muerte 5

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

Sí 1No 2Sí 1No 2

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

Sí 1No 2

Uso exclusivo del personal codificador

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1Homicidio 2Suicidio 3Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí 1No 2Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0Área deportiva 3Calle o carretera 4(vía pública) 7Asilo, orfanato, etc. 1Escuela u oficina pública 2Área comercial o de servicio 5Se ignoran 9Área industrial (taller, fábrica u obra) 6Granja 7(rancho o parcela) 8Otro 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

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