



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

180659092

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD**
UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIOR A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES EJ. AN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DE FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Ruth Elizabeth Martínez Hernandez

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

13 11 2017

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

MAHJ1711013MS12R3AB

Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí No Se ignora 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana Otra → Se ignora 9

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Minutos

Para menores de un día

Horas

Para menores de un mes

Días

Para menores de un año

Meses

Para personas de un año o más

Años cumplidos

Se ignora 9

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 Preescolar

12

Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional

8

Posgrado Se ignora

99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL

13

Trabajaba Sí No Se ignora Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ISSSTE

3

SEDENA

5

IMSS PEMEX

4

SEMAR IMSS PROSPERA

10

Se ignora

14.1 Nombre de la unidad médica

Unidad médica privada 99 Hospital

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

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

17.1 Día

17.2 Mes

17.3 Año

17.4 Horas

17.5 Minutos

17.2 TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí No

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) Debido a (o como consecuencia de)

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Usos exclusivos del personal codificador Código CIE

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 El parto

2

El puerperio

3

43 días a 11 meses

5

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

6

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

Sí No

2

3

4

5

6

7

8

9

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

Sí No

2

3

4

5

6

7

8

9

Usos exclusivos del personal codificador Código CIE

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente Homicidio

2

Suicidio Se ignora

9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí No

2

3

4

5

6

7

8

9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular Área deportiva

3

Calle o carretera (rancho o parcela)

4

Escuela u oficina Área comercial o de servicio

5

Se ignora 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

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

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

22.7.9 Municipio o delegación

22.7.10 Entidad federativa