



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

180659749

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

001964

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

10/11/1968

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

Se ignora

99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD

Mexicana

1

Otra

2

Se ignora

9

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 un año

Meses

Para personas de un año o más

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)

6

Viudo(a)

2

Casado(a)

5

En unión libre

4

Divorciado(a)

3

Soltero(a)

1

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

5/2

8/1

Laguna

10.3 Núm. Exterior

10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

10.6 Nombre del asentamiento humano

en calle

en calle

en calle

10.7 Código Postal

10.8 Localidad

10.9 Municipio o delegación

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

10.9

10.9

10.9

11. ESCOLARIDAD

Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora Completa Incompleta

11.1 La escolaridad seleccionada es:

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba Sí No Se ignora

99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

IMSS ISSSTE SEDENA PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Otra Seguro Popular Otra

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Otra unidad médica pública Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

10

Otro lugar Hogar Se ignora

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

en calle

en calle

en calle

15.7 Código Postal

15.8 Localidad

15.9 Municipio o delegación

15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

38/12/2018

12:30

Horas

Minutos

17. ¿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) 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 morboso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

569

A62

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

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

Sí No Se ignora

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

Sí No Se ignora

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

A162

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular Área deportiva Calle o carretera Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Se ignora Área industrial (taller, fábrica u oficina) Granja Calle o carretera (rancho o parcela) Otro

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

22.7.1 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

en calle

en calle

en calle

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

22.7.9 Municipio o delegación

22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE

Rosa María

HORAN

IBAÑA

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

DEL INF.

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante Médico legista Otro médico* Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil* Otro*

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

F33282

Número de la cédula profesional

*Especifique

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. _____, Libro Núm. _____

31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad _____

32.2 Municipio o delegación _____

32.3 Entidad federativa _____

32.4 Día _____

32.5 Mes _____

32.6 Año _____

32.7.1 Domicilio y TELÉFONO

29.1 Tipo de vialidad

29.2 Nombre de la vialidad

29.3 Núm. Exterior

29.4 Núm. Interior

29.5 Tipo de asentamiento humano

29.6 Nombre del asentamiento humano

29.7 Código Postal

29.8 Localidad

29.9 Municipio o delegación

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

Día _____

Mes _____

Año _____

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD