

190669022



## CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>Mrs. Soto Alvarado</i>		Primer Apellido <i>Sotillo</i>	Segundo Apellido <i>Espinoza</i>
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día	Mes	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD		
		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
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 menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	Para personas de un año o más Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/>
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
10.1 Núm. Exterior		10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Interior	
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	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
ISSSTE <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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) Debió a (o como consecuencia de)					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa designada anteriormente en el último lugar la causa básica					
b) Debió a (o como consecuencia de)					
c) Debió a (o como consecuencia de)					
d) Debió 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 <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
Homicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Granja <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <i>B1rm.</i>					
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	
23. NOMBRE					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR					
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
				Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA	
29. 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	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa		Día	Mes	Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO Núm. _____, Libro 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
31.1 Acta Núm. _____					
32.4 Día					
32.5 Mes					
32.6 Año					
33. DECLARACIÓN: SE DECLARA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 <sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD					

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN 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 LOS PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN  
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS  
DEL INF.

190669022

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL