



MARIANO HUANO  
Chavez Rojo

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190675771

356-167

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día Mes Año		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
5. CURP		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		5. Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año		
		Minutos	Horas	Días	Meses		
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:							
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 <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es:			
		Preparatoria		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <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		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
		IMSS PROSPERA		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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		14.1 Nombre de la unidad médica			
		IMSS PROSPERA		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
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			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día Mes Año		15.9 Municipio o delegación			
		Horas Minutos		15.10 Entidad federativa			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
a) <i>Insuficiencia Respiratoria Aguda</i>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
b) <i>Tuberculosis Pulmonar</i>		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2					
c) <i>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</i>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
d) <i>Tacoxismo Crónico</i>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
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:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
		El embarazo <input checked="" 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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	
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 el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se Ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 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 la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 4		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4				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	
		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.4 Núm. Interior	
		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.5 Tipo de asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____				30.1 Día Mes Año	
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación				30.2 Día Mes Año	
		32.3 Entidad federativa				30.3 Día Mes Año	

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

\*SILA 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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

190675771