



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

Modelo 201

190676039

Hartman 356-22

LA FUNCIÓN 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

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

DEL FALLECIDO
DE LA DEFUNCIÓN

MUEFES ACCI
Y VIOLEN

DEL CERTIFICANTE

L REG.
CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Martín Francisco			2. FECHA DE NACIMIENTO	10/4/1994	3. SEXO	Hombre	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Segundo Apellido		
	Día	Mes	Año					Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	Hernández 356-22		
5. CURP				6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana	8. EDAD	24		
								CUMPLIDA	Se ignora		
				9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 1				
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1	Se ignora				
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad	Calle			10.2 Nombre de la vialidad	TUCUMÁN 10		
					Pereyra						
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano								
0.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)								
11. ESCOLARIDAD				11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input checked="" type="radio"/> 1			12. OCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora		
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5		Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	Si <input type="radio"/> 1	12.2 No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99		
Bachillerato o <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99								
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación					
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							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				14.1 Nombre de la unidad médica	Secretaría de Salud			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7		Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	15.1 Nombre de la vialidad	15.2 Nombre de la vialidad				
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Se ignora <input type="radio"/> 99								
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Calle			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	11/05/2019	10:51	7	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	18. SE PRACTICÓ NECROPSIA	Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Uso exclusivo personal cod. B206
Día Mes Año	Horas	Minutos									
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Neumonía por <i>Neumocystis Jirovecii</i>			Síndrome de Capóí Buccal			Vivencia de muerte defunción			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 días	
PARTE I	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)	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente											
Causas antecedentes											
Estos morbosos, si existiera alguno, que prodigaron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica											
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?			Uso exclusivo del personal cod. B210	
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5										
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECÍFICAMENTE:	22.1 Fue un presunto accidente			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Aunque la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)	
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	(taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6	presunto agresor con el fallecido(a)		
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9					Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7			
						Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	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 motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			22.7 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE	Valentín Francisco Hernández			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Hernández						
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido									
25. CERTIFICADA POR				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input type="radio"/> 3									
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8									
27. NOMBRE	Vicente Fernando Gómez Arreaga			28. FIRMA							
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido									
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Calle			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								
cd. Valles	SLP.	cd. Valles									
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono									
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIAJAL O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
Núm. Libro Núm.	32.1 Localidad	30.1 Día	30.2 Mes	30.3 Año							

190676039