



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

190678303

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s)		Sandra Yardi Andrade	Primer Apellido	García Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		10 6 11 01 2015	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO S.-L.-P.
5. CURP		LAA611151010GMSIPNRWAB3	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → 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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10.1 Tipo de viabilidad S-1-0
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.2 Nombre de la viabilidad Tenerife 2do		
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano Tlalnepantla	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) S.-L.-P.
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		11.1 La escolaridad seleccionada es: Otra	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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		2402140185-6	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
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	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
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 S.-L.-P.
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21 7 0 15 20 11 9 11 7 20		Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 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
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) Fiebre de origen del encocido Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 horas	19.1 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa directa o indirecta, mencionando en su último lugar la causa básica
		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 morbo que la produjo		Micropalecia Desnutrición severa - retraso paleomotor 3a	3a	
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?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 0 (vía pública) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 viabilidad	22.7.2 Nombre de la viabilidad	
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) madre
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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		*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1400930	Número de la cédula profesional
27. NOMBRE Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA Esteban
29. DOMICILIO Y TELÉFONO B. La Cura		29.1 Tipo de viabilidad mejor Ocupación	29.2 Nombre de la viabilidad Tlalnepantla	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano S-1-0
29.6 Nombre del asentamiento humano tlanepantla		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 30.09.2019
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Dia Mes Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Nº. 01 Libro Núm. 05		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Tlalnepantla	32.1 Localidad Tlalnepantla	32.2 Municipio o delegación S-1-0
31.1 Acta Núm. 00064		32.3 Entidad federativa 10.09.2019	32.4 Dia Mes Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD