



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190678552

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Araceli</b> <b>Rosas</b> <b>Velazquez</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>01</b> <b>07</b> <b>1980</b> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>E.E.R. Estado de Mexico</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP <b>R O V A 3 0 0 7 0 1 M M C S L R 0 6</b> Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Para menores de un año: <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: <b>39</b> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9				
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Domicilio Conocido</b> 10.1 Tipo de vivienda <b>Barrio</b> 10.2 Nombre de la vivienda <b>Nuevo Tepetzintla</b> 10.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 10.4 Núm. Interior <input type="text"/> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Nvo. Tepetzintla</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Matlapa</b> 10.7 Código Postal <input type="text"/> 10.8 Localidad <b>Matlapa</b> 10.9 Municipio o delegación <b>SLP.</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <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: <b>Completa</b> <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2					
12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Hogar</b> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" 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 13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2414174765</b>					
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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/> 14.3 Nombre de la unidad médica <input type="text"/> 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/>					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <b>Domicilio Conocido</b> 15.2 Nombre de la vivienda <b>Barrio</b> 15.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 15.4 Núm. Interior <input type="text"/> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Nuevo Tepetzintla</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Matlapa</b> 15.7 Código Postal <input type="text"/> 15.8 Localidad <b>S.L.P.</b> 15.9 Municipio o delegación <b>S.L.P.</b> 15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>07</b> <b>11</b> <b>2019</b> <b>06</b> <b>00</b> Día Mes Año Horas Minutos			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Insuficiencia respiratoria aguda</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b></b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b></b> 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 <b>20min</b> <b>7 años</b> Código CIE <input type="text"/>			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="text"/>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input 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 checked="" type="radio"/> 5			21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <input type="text"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="text"/> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <input type="text"/> 22.7.2 Nombre de la vivienda <input type="text"/> 22.7.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior <input type="text"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/> 22.7.7 Código Postal <input type="text"/> 22.7.8 Localidad <input type="text"/> 22.7.9 Municipio o delegación <input type="text"/> 22.7.10 Entidad federativa <input type="text"/>			23. NOMBRE <b>Simon</b> <b>Santos</b> <b>Rubio</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Conyue</b>			25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 <b>Medico Gral</b> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>09112232</b> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <b>Miguel Angel Ramirez Constantino</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA 		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>Avenida Francisco I. Madero</b> <b>S/N</b> <b>Colonia</b> 29.1 Tipo de vivienda <input type="text"/> 29.2 Nombre de la vivienda <input type="text"/> 29.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 29.4 Núm. Interior <input type="text"/> 29.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/> <b>20 de noviembre</b> <b>79 97 0</b> <b>Matlapa</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/> 29.7 Código Postal <input type="text"/> 29.8 Localidad <input type="text"/> <b>Matlapa</b> <b>S.L.P.</b> <input type="text"/> <input type="text"/> 29.9 Municipio o delegación <input type="text"/> 29.10 Entidad federativa <input type="text"/> 29.11 Teléfono <input type="text"/>			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>08</b> <b>11</b> <b>2019</b> Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <input type="text"/> Libro Núm. <input type="text"/> 31.1 Acta Núm. <b>00119</b>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <b>Matlapa</b> <b>S.L.P.</b> 32.2 Municipio o delegación <input type="text"/> 32.3 Entidad federativa <input type="text"/> 32.4 Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <b>08/11/2019</b>		

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