



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

Modelo 2017.1
FOLIO

190679098

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		JACQUELINE ALVAREZ RESENDIZ			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día 09 Mes 08 Año 2018		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) S. E. P.	
5. CURP		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 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos		Para menores de un día _____ Horas		Para menores de un mes _____ Días	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5		Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 9/1.		10.1 Tipo de vialidad CALLE		10.2 Nombre de la vialidad 13 DE SEPTIEMBRE	
10.3 Núm. Exterior 79900 10.4 Núm. Interior SAN RAFAEL		10.5 Tipo de asentamiento humano XILITLA		10.6 Nombre del asentamiento humano S. C.P.	
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"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input 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: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL NO	
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		14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 8		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
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 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 9/1.		15.1 Tipo de vialidad CALLE	
15.3 Núm. Exterior 79900 15.4 Núm. Interior SAN RAFAEL		15.5 Tipo de asentamiento humano XILITLA		15.6 Nombre del asentamiento humano S. L. P.	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Dia 09 Mes 03 Año 2019 Hora 04 Minutos 00		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"/> 99		18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada rango. Evite serializar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morboso, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) BLOQUE AVIATIS Debido a (o como consecuencia de)			
c) SH. S. RIBERAL Debido a (o como consecuencia de)		d)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 type="radio"/> 1 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4					
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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
22.4 Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) 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 La muerte fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 79900 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
23. NOMBRE Nombre(s) RAUL		Primer Apellido ALVAREZ		Segundo Apellido MARQUEZ	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 796817			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique					
27. NOMBRE Nombre(s) ERNESTO MIGUEL DA		Primer Apellido VILLEZ		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Nombre(s) C. CARLOS JAVIER TUP BANCO		Primer Apellido TOLLEZ		29.5 Tipo de asentamiento humano	
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	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 PARTICULARS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

190679098