

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) Primer Apellido		Segundo Apellido	
Ma Guadalupe Martínez Fortanelli					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 12/01/1943		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) México	
5. CURP MEXF430112MTRIR8R0C02 Se ignora <input type="radio"/>		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 _____ Se ignora <input type="radio"/>	
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 personas de un año o más: 53 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>					
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"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): Calle 143 10.1 Tipo de vivienda: Calles 10.2 Nombre de la vivienda: Torreón 10.3 Núm. Exterior: ____ 10.4 Núm. Interior: ____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: Torreón 10.6 Localidad: Torreón 10.7 Código Postal: ____ 10.8 Municipio o delegación: Torreón 10.9 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): México					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Número de cédula profesional: 4134314342 CF1943RE Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: ____			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital General de Zona 6 14.1 Nombre de la unidad médica: ____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ____		Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Calles 15.2 Nombre de la vivienda: Torreón 15.3 Núm. Exterior: 714 15.4 Núm. Interior: ____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: Torreón 15.6 Localidad: Torreón 15.7 Código Postal: ____ 15.8 Municipio o delegación: Torreón 15.9 Entidad federativa: México					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 08/10/2010 10:55		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica Debido a (o como consecuencia de): b) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): c) _____ Debido a (o como consecuencia de): d) _____ CAUSAS ANTERECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: Obesidad		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: ____ Código CIE: ____		Interventista del personal médico: ____ Código CIE: ____	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anota la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 vivienda: ____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: ____ 22.7.3 Núm. Exterior: ____ 22.7.4 Núm. Interior: ____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: ____ 22.7.6 Localidad: ____ 22.7.7 Municipio o delegación: ____ 22.7.8 Entidad federativa: ____					
23. NOMBRE Nombre(s) Fernando Primer Apellido Turnerhart Segundo Apellido Claver		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nieto			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Médico legista 25.1 Tipo de vivienda: ____ 25.2 Nombre de la vivienda: ____ 25.3 Núm. Exterior: ____ 25.4 Núm. Interior: ____ 25.5 Tipo de asentamiento humano: ____ 25.6 Localidad: ____ 25.7 Municipio o delegación: ____ 25.8 Entidad federativa: ____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 1617382			
27. NOMBRE Nombre(s) Edardo Primer Apellido Blasquez Segundo Apellido Diaz		28. FIRMA [Firma]			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: ____ 29.2 Nombre de la vivienda: ____ 29.3 Núm. Exterior: ____ 29.4 Núm. Interior: ____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: ____ 29.6 Localidad: ____ 29.7 Municipio o delegación: ____ 29.8 Entidad federativa: ____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 10/10/2010			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. ____ Libro Núm. ____ 31.1 Acta Núm. ____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: ____ 32.2 Municipio o delegación: ____ 32.3 Entidad federativa: ____ 32.4 Día Mes Año: ____			

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