



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

190681610

<p align="center"><b>DE LA DEFUNCIÓN</b></p> <p>*SI LA DEFUNCIÓN 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</p> <p>LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES</p>		<p><b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> <u>Ma. Guadalupe</u> <b>Primer Apellido</b> <u>Martinez</u> <b>Segundo Apellido</b> <u>Fortanelli</u></p> <p><b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> <u>21/10/1945</u> <b>3. SEXO</b> <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> <u>Veracruz</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p><b>5. CURP</b> <u>M A V I G 4 1 3 1 1 1 1 9 4 1 5 1</u> <b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <b>7. NACIONALIDAD</b> <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <b>8. EDAD</b> <input type="radio"/> Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <b>9. ESTADO CONYUGAL</b> <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora</p> <p><b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>143 Col. Vicente</u> <b>10.1 Tipo de vialidad</b> <u>Carretera</u> <b>10.2 Nombre de la vialidad</b> <u>Torreón</u> <b>10.3 Núm. Exterior</b> <u>10.4 Núm. Interior</u> <b>10.5 Tipo de asentamiento humano</b> <u>Colonia</u> <b>10.6 Nombre del asentamiento humano</b> <u>Torreón</u> <b>10.7 Código Postal</b> <u>28000</u> <b>10.8 Localidad</b> <u>Torreón</u> <b>10.9 Municipio o delegación</b> <u>Torreón</u> <b>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</b> <u>Coahuila de Zaragoza</u></p> <p><b>11. ESCOLARIDAD</b> <input type="radio"/> Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> <input type="radio"/> Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora</p> <p><b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <b>13.1 Número de seguridad social o afiliación</b> <u>41534314342 CF19438E</u></p> <p><b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <input type="radio"/> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <b>14.1 Nombre de la unidad médica</b> <u>Hospital General de Torreón</u> <b>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</b> <u>6</u> <b>14.3 Núm. Exterior</b> <b>14.4 Núm. Interior</b> <b>14.5 Tipo de asentamiento humano</b> <b>14.6 Nombre del asentamiento humano</b> <b>14.7 Código Postal</b> <b>14.8 Localidad</b> <b>14.9 Municipio o delegación</b> <b>14.10 Entidad federativa</b></p> <p><b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <u>714 Col. Vicente</u> <b>15.1 Tipo de vialidad</b> <u>Carretera</u> <b>15.2 Nombre de la vialidad</b> <u>Torreón</u> <b>15.3 Núm. Exterior</b> <b>15.4 Núm. Interior</b> <b>15.5 Tipo de asentamiento humano</b> <u>Colonia</u> <b>15.6 Nombre del asentamiento humano</b> <u>Torreón</u> <b>15.7 Código Postal</b> <b>15.8 Localidad</b> <b>15.9 Municipio o delegación</b> <b>15.10 Entidad federativa</b></p> <p><b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> <u>08/10/2020 11:05:51</u> <b>17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No</p> <p><b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p><b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) <u>Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) <u>Obesidad</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) <u></u></p> <p><b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p> <p><b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> <input type="radio"/> Causa directa <input checked="" type="radio"/> Causa indirecta <input type="radio"/> Causa secundaria <b>Código CIE</b> <u>J67.0</u></p> <p><b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> <b>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</b> <input type="radio"/> El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <b>21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <b>21.3 Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio?</b> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <b>21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</b> <b>21.5 Relación del personal codificador</b></p> <p><b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> <b>22.1 Fue un presunto accidente</b> <input type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <b>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</b> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <b>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b> <b>22.4 Relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</b></p> <p><b>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b> <b>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b></p> <p><b>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> <b>22.7.1 Tipo de vialidad</b> <b>22.7.2 Nombre de la vialidad</b></p> <p><b>22.7.3 Núm. Exterior</b> <b>22.7.4 Núm. Interior</b> <b>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</b> <b>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</b></p> <p><b>22.7.7 Código Postal</b> <b>22.7.8 Localidad</b> <b>22.7.9 Municipio o delegación</b> <b>22.7.10 Entidad federativa</b></p> <p><b>23. NOMBRE</b> <u>Eduardo</u> <b>Primer Apellido</b> <u>Blasquez</u> <b>Segundo Apellido</b> <u>Diaz</u> <b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b> <u>Niño</u></p> <p><b>25. CERTIFICADA POR</b> <b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Médico tratante <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <b>26.1 Número de la cédula profesional</b> <u>1617282</u> Médico legista <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <b>26.2 Otra médico*</b> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <b>26.3 Autoridad civil*</b> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <b>26.4 Otra*</b> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <b>26.5 Especifique</b></p> <p><b>27. NOMBRE</b> <u>Eduardo</u> <b>Primer Apellido</b> <u>Blasquez</u> <b>Segundo Apellido</b> <b>28. FIRMA</b> <u>Eduardo</u></p> <p><b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b> <b>29.1 Tipo de vialidad</b> <b>29.2 Nombre de la vialidad</b> <b>29.3 Núm. Exterior</b> <b>29.4 Núm. Interior</b> <b>29.5 Tipo de asentamiento humano</b></p> <p><b>29.6 Nombre del asentamiento humano</b> <b>29.7 Código Postal</b> <b>29.8 Localidad</b> <b>29.9 Municipio o delegación</b> <b>29.10 Entidad federativa</b> <b>29.11 Teléfono</b> <b>29.12 Día</b> <b>29.13 Mes</b> <b>29.14 Año</b></p> <p><b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> <b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> <b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b></p> <p><b>31.1 Acta Núm.</b> <b>32.1 Localidad</b> <b>32.2 Municipio o delegación</b> <b>32.3 Entidad federativa</b> <b>32.4 Día</b> <b>32.5 Mes</b> <b>32.6 Año</b></p> <p><b>31.2 Núm.</b> <b>31.3 Libro Núm.</b> <b>31.4 Folio</b> <b>31.5 Fecha</b></p>	
--	--	---	--

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



190681610

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL