



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190681720

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ma. Guadalupe Llarcas Salazar	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO 11 / 21 / 1958 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. Ocupación Habitual Hogar <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PROSPERA <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.7 Código Postal		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27 / 09 / 2020 Día Mes Año 20 20 Horas 15.00 Minutos	
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Crítica Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Sospecha de Covid - 19 Debido a (o como consecuencia de) c) Diabetes Mellitus tipo 2 Debido a (o como consecuencia de) d) Hipertensión Arterial Sistémica Debido a (o como consecuencia de)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 48 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) Usa exclusivo del personal codif.	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) Usa exclusivo del personal codif.	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal		22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) Marco Antonio García Llarcas		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer Apellido Segundo Apellido Hijo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 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 *Especifique Número de la cédula profesional 6525999	
27. NOMBRE Nombre(s) Héctor Ayavaca Rivas		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Nombre del asentamiento humano Rivas Brillen Número del teléfono 1112 29.9 Municipio o delegación Schedad b.s. 29.7 Código Postal 9998260100 29.8 Localidad 9998260100 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27 / 09 / 2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>er</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>da</sup> 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

190681720

