



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

Modelo 2017.1  
FOLIO  
200629899  
200629899

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>ASCA</u> Primer Apellido <u>ROJAS</u> Segundo Apellido <u>ROJAS</u>			
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>15</u> Mes <u>08</u> Año <u>1977</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Sauhar Poton</u>
	5. CURP <u>R D I X A I 4 7 1 0 8 4 F 1 4 5 7 5 X 5 0 9</u>		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"/> 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: Años cumplidos <u>37</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>San Pedro</u>			
	10.3 Núm. Exterior <u>701</u> 10.4 Núm. Interior <u>701</u>		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Matchub</u>	
	10.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.I.P.</u>		10.7 Código Postal <u>701</u>	
	10.8 Localidad <u>Matchub</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Matchub</u>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>S.I.P.</u>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <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"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Matchub</u>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior <u>701</u> 15.4 Núm. Interior <u>701</u>		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Matchub</u>	
DEL CERTIFICANTE	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>17</u> Mes <u>04</u> Año <u>2020</u> Horas <u>18</u> Minutos <u>12</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>A162</u>		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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input 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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL REG. CIVIL	23. NOMBRE Nombre(s) <u>Victor Manuel</u> Primer Apellido <u>Beitrand</u> Segundo Apellido <u>Corra</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>715681</u>	
	27. DOMICILIO Y TELÉFONO 27.1 Tipo de vialidad <u>San Pedro</u> 27.2 Nombre de la vialidad <u>Matchub</u> 27.3 Núm. Exterior <u>701</u> 27.4 Núm. Interior <u>701</u> 27.5 Tipo de asentamiento humano <u>S.I.P.</u> 27.6 Nombre del asentamiento humano <u>Matchub</u> 27.7 Código Postal <u>701</u> 27.8 Localidad <u>Matchub</u> 27.9 Municipio o Alcaldía <u>Matchub</u> 27.10 Entidad federativa <u>S.I.P.</u> 27.11 Teléfono <u>170412020</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
	29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>170412020</u> Libro Núm. <u>170412020</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>17</u> Mes <u>04</u> Año <u>2020</u>	
31.1 Acta Núm. <u>170412020</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Matchub</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Matchub</u> 32.3 Entidad federativa <u>S.I.P.</u> 32.4 Día <u>17</u> Mes <u>04</u> Año <u>2020</u>		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA