



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

FOLIO 200630582

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Subino De León		Primer Apellido	Olvera		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
Día	Mes	Año		5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		
13	01	1954		LEIOS54112301HSPNLB0G		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/>	9. ESTADO CONYUGAL	
9.1 Edad en años		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	Separado(a) <input type="checkbox"/> 10. NOMBRE DE LA VIALIDAD	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10. RESIDENCIA HABITUAL		En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/>	10.1 Tipo de vialidad	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano				
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Nombre de la vialidad	Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal	Hogar <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>	
15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Fecha	16.2 Hora	
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
10	08	2020	17	01	17.1 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II		19.3 Parte III		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en el último lugar la causa básica		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Causas de la muerte		
a)		b)		c)		d)		
Debido a (d) como consecuencia de)		Debido a (b) como consecuencia de)		Debido a (c) como consecuencia de)		Debido a (a) como consecuencia de)		
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="checkbox"/> 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> después del parto o aborto <input type="checkbox"/>		El parto <input type="checkbox"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>		22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina <input type="checkbox"/>		Área industrial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Calle o carretera <input type="checkbox"/> Rancho o parcela <input type="checkbox"/> Área comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>		
22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.7 Nombre de la vialidad		
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		
22.7.10 Entidad federativa		22.8.1 Nombre de la vialidad		22.9.1 Localidad		22.9.2 Nombre de la vialidad		
23. NOMBRE		José De León		24. PARENTESCO CON EL(ЛА) FALLECIDO(A)		24.1 Relación		
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		24.2 Número de la cédula profesional		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/>		Médico legista <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
26.1 Acta Núm.		26.2 Nombre		26.3 Especifique		26.4 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE		Eduardo Alfonso Torres Barragán		28. FIRMA		28.1 Firma		
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		28.2 Colonia		
29. DOMICILIO y TELEFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.4 Núm. Interior		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Número, Libro Núm., Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Dia Mes Año		

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

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUERA CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

200630582

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL