



0390723180
1M197302

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

Modelo 2017.1

FOLIO

200633982

25
MED
INT.

*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



200633982

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Ricardo</u> Primer Apellido <u>Benitez</u> Segundo Apellido <u>Yenancio</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>18</u> Mes <u>05</u> Año <u>1972</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>L.P.</u>	
	5. CURP <u>R11018171905181M1972020003982</u>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
DEL FALLECIDO	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año o más: <u>043</u> Años cumplidos <u>043</u> Se ignora <input type="radio"/>	
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Hidalgo</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>10</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>10</u>	
DEL FALLECIDO	10.3 Núm. Exterior <u>7913101</u> 10.4 Núm. Interior <u>El Sabino</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Alquería</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>El Sabino</u>	
	10.7 Código Postal <u>7913101</u> 10.8 Localidad <u>El Sabino</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Alquería</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>L.P.</u>	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación <u>Trabajador</u> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <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"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <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 médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Alta Especialidad #6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>60121001101</u>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>15</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>15</u> 15.3 Núm. Exterior <u>7913101</u> 15.4 Núm. Interior <u>El Sabino</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Alquería</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>El Sabino</u>	
	15.7 Código Postal <u>7913101</u> 15.8 Localidad <u>El Sabino</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Alquería</u> 15.10 Entidad federativa <u>L.P.</u>	
DEL FALLECIDO	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>01</u> Año <u>2020</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>45</u>	
	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 (Añote 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) <u>Neumonía no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Enfermedad Renal Crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____	
DEL FALLECIDO	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>I120</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"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones 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 _____ 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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____	
	22.7 Añote 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 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o Alcaldía _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE Nombre(s) <u>Ricardo</u> Primer Apellido <u>Benitez</u> Segundo Apellido <u>Yenancio</u>	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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"/> Especifique _____	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>60121001101</u>	
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE Nombre(s) <u>Amando</u> Primer Apellido <u>Galvan</u> Segundo Apellido <u>Silva</u>	
	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>19</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>19</u> 29.3 Núm. Exterior <u>7913101</u> 29.4 Núm. Interior <u>El Sabino</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Alquería</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>El Sabino</u> 29.7 Código Postal <u>7913101</u> 29.8 Localidad <u>El Sabino</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Alquería</u> 29.10 Entidad federativa <u>L.P.</u> 29.11 Teléfono <u>7913101</u>	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>01</u> Año <u>2020</u>	
DEL REG. CIVIL	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 Alcaldía _____ 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