



03-90-72-3180

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200633982

200633982

25
MED
INT.

*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
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|---|--|---|--|---|---|---|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Ricardo | Primer Apellido | Venancio | Segundo Apellido | | | | | | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 18/05/1972 | 3. SEXO | Hombre <input checked="" type="checkbox"/> | Mujer <input type="checkbox"/> | Se ignora <input type="checkbox"/> | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | L.P. | | | | | |
| 5. CURP | | | | | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | | | | | |
| 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | Se ignora <input type="checkbox"/> | | | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | Se ignora <input type="checkbox"/> | 7. NACIONALIDAD | Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> | Se ignora <input type="checkbox"/> | | |
| 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="checkbox"/> | Viudo(a) <input type="checkbox"/> | Casado(a) <input type="checkbox"/> | | | |
| Para menores de 28 días anote: | | 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | 8.2 Semanas de gestación: | 8.3 Peso (gramos): | 8.4 Meses | 8.5 Años cumplidos | En unión libre <input type="checkbox"/> | Divorciado(a) <input type="checkbox"/> | Soltero(a) <input type="checkbox"/> | Se ignora <input type="checkbox"/> | | | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | | Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | | | 10.1 Tipo de vialidad | 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 type="checkbox"/> | Secundaria <input type="checkbox"/> | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | | | | Se ignora <input type="checkbox"/> | | |
| Bachillerato o preparatoria | | O 7 | O 8 | O 10 | Se ignora <input type="checkbox"/> | Completa <input type="checkbox"/> | Incompleta <input type="checkbox"/> | 12.1 Trabajaba | Sí <input type="checkbox"/> | No <input 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"/> | Otra <input type="checkbox"/> | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | | | | | |
| IMSS <input checked="" type="checkbox"/> | | PEMEX <input type="checkbox"/> | SEMAR <input type="checkbox"/> | IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> | Se ignora <input type="checkbox"/> | | 14.1 Nombre de la unidad médica | Vía pública <input type="checkbox"/> | Otro lugar <input type="checkbox"/> | | | | |
| IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> | | ISSSTE <input type="checkbox"/> | SEDENA <input type="checkbox"/> | Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> | Unidad médica pública <input type="checkbox"/> | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | Hogar <input type="checkbox"/> | Se ignora <input type="checkbox"/> | | | | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | boulevard | | | | 15.1 Tipo de vialidad | 15.2 Nombre de la vialidad | | | | | | |
| 15.3 Núm. Exterior | | 15.4 Núm. Interior | 15.5 Tipo de asentamiento humano | | | | 15.6 Nombre del asentamiento humano | | | | | | |
| 15.7 Código Postal | | 15.8 Localidad | | | | 15.9 Municipio o Alcaldía | 15.10 Entidad federativa | | | | | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | 2010/12/20 | 11:45 | Dia | Mes | Año | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Se ignora <input type="checkbox"/> | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) | | | | | | | | | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | Uso exclusivo del personal codificador | | |
| PARTE I | | a) Neumonía no especificada | | | | Debido a (o como consecuencia de) | | | | | 5 días | Código CIE 51891 | |
| Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | | | | | | | | | | 5 años | NI 89 | |
| Causas antecedentes | | b) Enfermedad Renal Crónica | | | | Debido a (o como consecuencia de) | | | | | 10 años | I 10 X | |
| Estados morbosos, si existiera alguna que produjera la muerte consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | c) Hipertensión Arterial Sistémica | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | | | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | | | | | Uso exclusivo del personal codificador | | |
| 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | | El embarazo <input type="checkbox"/> | El parto <input type="checkbox"/> | El puerperio <input type="checkbox"/> | 43 días a 11 meses después del parto o aborto <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"/> | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | | 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 él(a) fallecido(a) | | | | | | |
| 22.1 Fue un presunto accidente | | Accidente <input type="checkbox"/> | Homicidio <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Se ignora <input type="checkbox"/> | Vivienda particular <input type="checkbox"/> | Área deportiva <input type="checkbox"/> | Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> | Calle o carretera <input type="checkbox"/> | Área industrial <input type="checkbox"/> | | |
| 22.2 Si la muerte fue accidental o violenta | | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Se ignora <input type="checkbox"/> | | | Asilo, orfanato, etc. <input type="checkbox"/> | (taller, fábrica u obra) | O 1 | (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> | Granja <input type="checkbox"/> | | |
| 22.3 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 | | | | 22.4 Otro <input type="checkbox"/> | Área comercial o pública <input type="checkbox"/> | O 2 | O 5 | Otro <input type="checkbox"/> | O 8 | | |
| | | | | | | Se ignora <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 22.7.1 Tipo de vialidad | | | | 22.7.2 Nombre de la vialidad | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 23. NOMBRE | | Primer Apellido | | | | Segundo Apellido | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | | | | | |
| DEL INF. | | Ricardo | | | | Alvaro | Hu | | | | | | |
| 25. CERTIFICADA POR | | Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> | | | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | | | | | |
| Personas autorizada por la Secretaría de Salud | | Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otra* <input type="checkbox"/> | | | | Número de la cédula profesional | | | | | | | |
| 27. NOMBRE | | Armando Galvan | | | | 28. FIRMA | | | | | | | |
| DEL CERTIFICANTE | | Nombre(s) | | | | Segundo Apellido | | | | | | | |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO | | Méjico, D.F. | | | | Suva | | | | | | | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | | 29.7 Código Postal | | | | 29.8 Localidad | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | | | | |
| 29.9 Municipio o Alcaldía | | S. L. P. | | | | 29.11 Teléfono | Día Mes Año | | | | | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Núm. Libro Núm. | | 32.1 Localidad | | | | | | | | | | | |
| 31.1 Acta Núm. | | 32.2 Municipio o Alcaldía | | | | 32.3 Entidad federativa | | | | 32.4 Día | 32.5 Mes | 32.6 Año | |

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

200633982

DEL REG. CIVIL