



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200634332

*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ESTELA MORENO MORALES	
2. FECHA DE NACIMIENTO 02/04/1986	
3. SEXO Hombr	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP ESTELA MORENO MORALES	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No	
7. NACIONALIDAD Mexicana	
8. EDAD CUMPLIDA 33	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)	
10. RESIDENCIA HABITUAL CALLE GUADALUPE GUADALAJARA	
10.3 Núm. Exterior 133	
10.4 Núm. Interior 133	
10.5 Tipo de asentamiento humano EL PUJAL	
10.6 Nombre del asentamiento humano EL PUJAL	
10.7 Código Postal 46100	
10.8 Localidad CD. VALLES	
10.9 Municipio o Alcaldía CD. VALLES	
10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora	
12.1 Trabajaba No	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS	
13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud	
14.1 Nombre de la unidad médica Secretaría de Salud	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda	
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 06/03/2020 01:44	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	
b) CHOQUE SEPTICO	
c) NEUMONIA DE FOCOS MÚLTIPLES	
d) TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA	
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo	
e) DESNUTRICIÓN SEVERA	
f) INSUFICIENCIA CARDÍACA	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 11 DIAS	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? No	
21.3 ¿Las causas anotadas son complicaciones del embarazo, parto o puerperio? No	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
22.1 Fue un presunto Accidente	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? No	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área industrial	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos 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 22.7.1 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 23. NOMBRE	
23.1 Tipo de vivienda 23.2 Nombre de la vivienda	
23.3 Núm. Exterior 23.4 Núm. Interior	
23.5 Tipo de asentamiento humano 23.6 Nombre del asentamiento humano	
23.7 Código Postal 23.8 Localidad	
23.9 Municipio o Alcaldía 23.10 Entidad federativa	
23.11 Teléfono 23.12 Fecha de certificación	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 25. CERTIFICADA POR	
25.1 Médico tratante 25.2 Médico legista	
25.3 Otro médico 25.4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud	
25.5 Autoridad civil 25.6 Otro	
25.7 NOMBRE ALFONSO MARTINEZ RAMIREZ	
25.8 FIRMA 25.9 Domicilio y teléfono	
25.10 Tipo de vivienda 25.11 Nombre de la vivienda	
25.12 Núm. Exterior 25.13 Núm. Interior	
25.14 Tipo de asentamiento humano 25.15 Nombre del asentamiento humano	
25.16 Código Postal 25.17 Localidad	
25.18 Municipio o Alcaldía 25.19 Entidad federativa	
25.20 Teléfono 25.21 Fecha de certificación	
25.22 Día 25.23 Mes	
25.24 Año 25.25 Lugar y fecha de registro	
25.26 Localidad 25.27 Municipio o Alcaldía	
25.28 Entidad federativa 25.29 Día	
25.30 Mes 25.31 Año	
25.32 Acta Núm. 25.33 Libro Núm.	
25.34 Acta Núm. 25.35 Libro Núm.	

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