



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO
200634718 200634718 200634718 200634718 200634718
200634718

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <i>Maria del Rosario Perez</i>			Primer Apellido <i>Perez</i>			Segundo Apellido <i>Federico</i>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP			Se ignora <input type="radio"/> 99			6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos			Para menores de un día _____ Horas			Para menores de un mes _____ Días		
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):		
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 <i>Tamasopo</i>		
10.7 Código Postal			10.8 Localidad			10.9 Municipio o Alcaldía		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			13.1 Número de seguridad social o afiliación					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Dia <i>20</i> Mes <i>05</i> Año <i>2010</i> Horas <i>00</i> Minutos <i>00</i>			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			19.1 Causa de la defunción <i>Ataque al corazón</i>			19.2 Causa de la defunción <i>Ataque al corazón</i>		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			19.3 Causa de la defunción <i>Ataque al corazón</i>			19.4 Causa de la defunción <i>Ataque al corazón</i>		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			19.5 Causa de la defunción <i>Ataque al corazón</i>			19.6 Causa de la defunción <i>Ataque al corazón</i>		
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 3 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área deportiva (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)								
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 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 Nombre(s) <i>Maria del Rosario Perez</i>			Primer Apellido <i>Perez</i>			Segundo Apellido <i>Federico</i>		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)								
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
27. NOMBRE Nombre(s) <i>Maria del Rosario Perez</i>			28. FIRMA					
29. DOMICILIO y TELÉFONO			29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad		
29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal			29.8 Localidad		
29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior			29.5 Tipo de asentamiento humano					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN								