



DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>Día Mes Año</div>	
3. SEXO <div>Hombre Mujer Se ignora</div>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>	
5. CURP <div>Se ignora</div>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Si No Se ignora</div>	
7. NACIONALIDAD <div>Mexicana Otra Especifique</div>	
8. EDAD CUMPLIDA <div>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</div>	
9. ESTADO CONYUGAL <div>Separado(a) Viudo(a) Casado(a) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a)</div>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</div>	
11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Tercera Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora</div>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>12.1 Trabajaba Si No Se ignora</div>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora</div>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica pública IMSS PROSPERA</div>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad</div>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si No Se ignora</div>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si No</div>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria Aguda 39 años b) COVID-19 v.r.v. no identificado 3 días c) No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte d) Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Diabetes mellitus 2 Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica 10 años</div>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 20.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 20.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 20.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el fallecido(a)</div>	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>21.1 Fue un presunto accidente Homicidio Suicidio Se ignora 21.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 21.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Se ignora 21.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</div>	
22. ANOTE EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN DEL PRESUNTO ACCIDENTE, HOMICIDIO O SUICIDIO <div>22.1 Tipo de vialidad 22.2 Nombre de la vialidad 22.3 Núm. Exterior 22.4 Núm. Interior 22.5 Tipo de asentamiento humano 22.6 Nombre del asentamiento humano 22.7 Código Postal 22.8 Localidad 22.9 Municipio o Alcaldía 22.10 Entidad federativa</div>	
23. NOMBRE <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Padre Madre Hermano(a) Otro</div>	
25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante Médico legista Otro médico* Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro*</div>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>Número de la cédula profesional</div>	
27. NOMBRE <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
28. FIRMA <div></div>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad</div>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>Día Mes Año</div>	