



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

Modelo 2017.1  
FOLIO  
200635028  
200635028

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Anatolio</u> Primer Apellido <u>Salazar</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>05</u> Mes <u>07</u> Año <u>1939</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>Col. Valle</u>
5. CURP <u>5011A3907031311200</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>10</u> Para menores de un día: Horas <u>00</u> Para menores de un mes: Días <u>00</u> Para menores de un año: Meses <u>00</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>80</u>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Col. Valle</u>
10.1 Tipo de vialidad <u>Col. Valle</u>	10.2 Nombre de la vialidad <u>Col. Valle</u>	10.3 Núm. Exterior <u>174000</u>
10.4 Núm. Interior <u>174000</u>	10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Col. Valle</u>	10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Col. Valle</u>
10.7 Código Postal <u>174000</u>	10.8 Localidad <u>Col. Valle</u>	10.9 Municipio o Alcaldía <u>Col. Valle</u>
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Col. Valle</u>	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input 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"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <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"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>Col. Valle</u>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input 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 pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>
14.1 Nombre de la unidad médica <u>Col. Valle</u>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Col. Valle</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Col. Valle</u>
15.2 Nombre de la vialidad <u>Col. Valle</u>	15.3 Núm. Exterior <u>174000</u>	15.4 Núm. Interior <u>174000</u>
15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Col. Valle</u>	15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Col. Valle</u>	15.7 Código Postal <u>174000</u>
15.8 Localidad <u>Col. Valle</u>	15.9 Municipio o Alcaldía <u>Col. Valle</u>	15.10 Entidad federativa <u>Col. Valle</u>
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>05</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u> Horas <u>13</u> Minutos <u>00</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía viral en curso</u> b) <u>Neumonía viral en curso</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> c) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía viral en curso</u> d) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía viral en curso</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> <u>Neumonía viral en curso</u>	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>24 hrs</u> <u>02 días</u> <u>3 días</u> <u>3 días</u>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>J96.0</u> <u>U07.1</u> <u>G21.9</u> <u>I60.3</u>
--	--	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>Col. Valle</u>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input 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 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Col. Valle</u>	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>Col. Valle</u>
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Col. Valle</u>	22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Col. Valle</u>	22.7.1 Tipo de vialidad <u>Col. Valle</u>	22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Col. Valle</u>
22.7.3 Núm. Exterior <u>Col. Valle</u>	22.7.4 Núm. Interior <u>Col. Valle</u>	22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Col. Valle</u>	22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Col. Valle</u>