

41-08-84.070

SECRETARÍA DE SALUD C-3

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017

FOLIO H6206-32

200635335

5 led.  
Int.

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL			
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO			
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. NOMBRE		34. FECHA DE REGISTRO			

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

Escaneado con CamScanner