



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200635463

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Ma. Ines Forada Mejia

356-281

Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

08/11/1938

3. SEXO

Hombre ☐1 Mujer ☒2 Se ignora ☐9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

EAH1380196MSPSTJN00

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9

7. NACIONALIDAD

Mexicana ☒1 Se ignora ☐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 un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) ☐6 Viudo(a) ☐2 Casado(a) ☐5 En unión libre ☐4 Divorciado(a) ☐3 Soltero(a) ☐1 Se ignora ☐9

10. RESIDENCIA HABITUAL

Añote 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

10.7 Código Postal

10.8 Localidad

10.9 Municipio o Alcaldía

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD

Ninguna ☐1 Preescolar ☐12 Primaria ☐3 Secundaria ☐5 Bachillerato o preparatoria ☐7 Profesional ☐8 Posgrado ☐10 Se ignora ☐99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa ☐1 Incompleta ☐2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ☐1 ISSSTE ☐3 SEDENA ☐5 Seguro Popular ☐7 Otra ☐8 IMSS ☐2 PEMEX ☐4 SEMAR ☐6 IMSS PROSPERA ☐10 Se ignora ☐99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☐1 IMSS ☐3 PEMEX ☐5 SEMAR ☐7 Unidad médica pública ☐8 Otra unidad médica privada ☐9

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ☐10 Otro lugar ☐12 Hogar ☐11 Se ignora ☐99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad

15.2 Nombre de la vialidad

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

16/11/2020 17:58

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Si ☐1 No ☒2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

(Añote 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) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo ☐1 El parto ☐2 El puerperio ☐3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si ☐1 No ☒2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si ☐1 No ☒2

Uso exclusivo del personal codificador

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente ☐1 Homicidio ☐2 Suicidio ☐3 Se ignora ☐9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular ☐0 Área deportiva ☐3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐1 Calle o carretera (vía pública) ☐4

Escuela u oficina pública ☐2 Área comercial o de servicio ☐5

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐6 Granja (rancho o parcela) ☐7

Otro ☐8 Se ignora ☐9

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 Añote 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

Luciana Aguas Estrella

Primer Apellido

Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante ☐1 Médico legista ☐2 Otro médico* ☐3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐4 Autoridad civil ☐5 Otro* ☐8

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Blanca R. Hernández

Primer Apellido

Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO

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

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. _____, Libro Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o Alcaldía

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

31.1 Acta Núm.

32.2 Municipio o Alcaldía

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

*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



200635463