02-15-88-5817-7

4M1947OE

1-3

SERV 50 URG

Modelo 2017.1

FOLIO 200635509

# SECRETARÍA DE SALUD
## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*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)**: Jose Luis (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Ana (Segundo Apellido)

**2. FECHA DE NACIMIENTO** (Día, Mes, Año)

**3. SEXO**: Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

**4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

**5. CURP** Se ignora ○99

**6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?**: Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

**7. NACIONALIDAD**: Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique; 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); Se ignora ○9

**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**
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
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** Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

**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

### DE LA DEFUNCIÓN

**14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN**: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

**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** (Día, Mes, Año) 20 07 2020 (Horas, Minutos)

**17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?**: Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

**18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?**: Sí ○1 No ○2

**19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

| | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | Uso exclusivo del personal codificador Código CIE |
|---|---|---|---|
| **PARTE I** Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | a) Insuficiencia respiratoria | | J960 |
| | 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 | b) Probable Sars cov 2 | | U072 |
| | Debido a (o como consecuencia de) | | |
| | c) | | |
| | Debido a (o como consecuencia de) | | |
| | d) | | |
| **PARTE II** Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo | | | |

**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?**: Sí ○1 No ○2

**21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?**: Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
**20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE** U072

### MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

**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?: Sí ○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 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○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

### DEL INF.

**23. NOMBRE**: Luciano (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Juarez (Segundo Apellido)

**24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)**: Hijo

### DEL CERTIFICANTE

**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 *Especifique

**26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO**
Número de la cédula profesional

**27. NOMBRE**: Thalma (Nombre(s)) Ruth (Primer Apellido) Ramirez (Segundo Apellido) Cortes

**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
29.9 Municipio o Alcaldía
29.10 Entidad federativa
29.11 Teléfono

**30. FECHA DE CERTIFICACIÓN** (Día, Mes, Año)

### DEL REG. CIVIL

**31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO**
Núm._____, Libro Núm._____
31.1 Acta Núm._____

**32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO**
32.1 Localidad
32.2 Municipio o Alcaldía
32.3 Entidad federativa
32.4 Día Mes Año

200635509

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

Versión pública sin rúbrica