



1016360908

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

200635618

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

IMSS/SOY		SECRETARIO DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION														
		ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO					Modelo 2017-1									
DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)					2. FECHA DE NACIMIENTO									
		Nombre(s) AARON GARCIA CONTRERAS					3. SEXO									
DEL FALLECIDO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					5. CURP									
		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					6. JAHBLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?									
DE LA DEFUNCIÓN		7. NACIONALIDAD					8. EDAD CUMPLIDA									
		Mexicano <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/>									
DE LA DEFUNCIÓN		9. ESTADO CONYUGAL					10. RESIDENCIA HABITUAL									
		Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)									
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		11. ESCOLARIDAD					12. OCUPACIÓN HABITUAL									
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>					13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD									
DEL CERTIFICANTE		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN					15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN									
		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Pemex <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> Prospere <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>					16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN									
DEL REG. CIVIL		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					18. SE PRACTICO NECROPSIA?									
		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
DE LA DEFUNCIÓN		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN									
		a) Insuficiencia respiratoria aguda. Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados Unidos, si existió alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					b) Neumonía, no específica. Debido a (o como consecuencia de) c) Sordera de conducto, SAR, TGN-2. Debido a (o como consecuencia de) d) Diabetes mellitus, complicación arterial. Debido a (o como consecuencia de)					Código CIE <input type="radio"/> Uso exclusivo del personal certificador				
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS					22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN				
		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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>					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? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
DEL CERTIFICANTE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					25. CERTIFICADA POR					26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
		Nombre(s) Leticia Cervantes Cervantes 24.1 Nombre de la cédula profesional 161332					Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Personas autorizadas por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique					27. NOMBRE				
DEL INF.		28. FIRMA					29. DOMICILIO Y TELÉFONO					30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
		29.1 Tipo de vialidad <input type="radio"/> 29.2 Nombre de la vialidad <input type="radio"/> 29.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 29.4 Núm. Interior <input type="radio"/> 29.5 Tipo de asentamiento humano <input type="radio"/> 29.6 Nombre del asentamiento humano <input type="radio"/> 29.7 Código Postal <input type="radio"/> 29.8 Localidad <input type="radio"/> 29.9 Municipio o Alcaldía <input type="radio"/> 29.10 Entidad federativa <input type="radio"/> 29.11 Teléfono <input type="radio"/> 30.1 Día <input type="radio"/> 30.2 Mes <input type="radio"/> 30.3 Año <input type="radio"/>					31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____					32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
DEL REG. CIVIL		32.1 Localidad <input type="radio"/> 32.2 Municipio o Alcaldía <input type="radio"/> 32.3 Entidad federativa <input type="radio"/> 32.4 Día <input type="radio"/> 32.5 Mes <input type="radio"/> 32.6 Año <input type="radio"/>					32.4 Día <input type="radio"/> 32.5 Mes <input type="radio"/> 32.6 Año <input type="radio"/>									

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA COPIA PARA CONSULTA

Escaneado con CamScanner