



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1

200637134

200637134

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>Aguilina</u>		Primer Apellido <u>Silvias</u>		Segundo Apellido <u>Hernández</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día <u>28</u>	Mes <u>08</u>	Año <u>1964</u>	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
<u>SIAHA1610828MSPLR4100</u>		Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	Se ignora <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
			<u>Tlalnepantla</u>		<u>Xilitla</u>		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
		<u>Tlalnepantla</u>	<u>Xilitla</u>				
11. ESCOLARIDAD							
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
				Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	PEMEX <input type="radio"/> 4	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
				<u>IMSS PROSPERA</u> <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	SESSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4			<u>Hospital de Xilitla</u>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano			
		<u>Xilitla</u>		<u>Xilitla</u>			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa			
	<u>Xilitla</u>	<u>Xilitla</u>					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN							
Día <u>14</u>	Mes <u>08</u>	Año <u>2020</u>	Horas <u>10</u>	Minutos <u>30</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
					Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a)	<u>Probable enfermedad pulmonar obstructiva crónica</u>						
b)	<u>Sospechosos COVID-19.</u>						
c)							
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:				21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4							
Uso exclusivo del personal codificador							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE							
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE							
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
Suicidio <input type="radio"/> 3		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7			
Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8			
				Se ignora <input type="radio"/> 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 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			
		<u>Tlalnepantla</u>		<u>Xilitla</u>			
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa			
	<u>Xilitla</u>	<u>Xilitla</u>					
DEL INF.							
23. NOMBRE							
Nombre(s) <u>Carmen</u>	Primer Apellido <u>Hernández</u>	Segundo Apellido <u>Silvias</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Hija.							
DEL CERTIFICANTE							
25. CERTIFICADA POR							
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional				
*Especifique							
27. NOMBRE							
Nombre(s) <u>Jesús</u>	Primer Apellido <u>García</u>	Segundo Apellido <u>Fernández</u>	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			
<u>San Andrés Tlalnepantla</u>							
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
<u>San Andrés Tlalnepantla</u>	<u>52000</u>	<u>Xilitla</u>	<u>14/08/2020</u>				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día <u>14</u>	Mes <u>08</u>	Año <u>2020</u>		
DEL REG. CIVIL							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO							
Núm. _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
	32.1 Localidad						
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa					
32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año					

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