



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

Modelo 2017

FOLIO

200637314

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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) <u>Alfonso</u> Apellido(s) <u>Portez</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>06</u> Año <u>2020</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>S.L.P.</u>
5. CURP <u>ALFO062020XXXXXX</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>5</u> Para menores de un día: Horas <u>00</u> Días <u>00</u> Para menores de un mes: Días <u>00</u> Semanas <u>00</u> (grupos) Para menores de un año: Meses <u>00</u> Años <u>00</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): 10.1 Tipo de vivienda: <u>1</u> 10.2 Número de la vivienda: <u>10</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>10</u> 10.4 Núm. Interior: <u>10</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>10</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>10</u> 10.7 Código Postal: <u>10</u> 10.8 Localidad: <u>10</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>10</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>10</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐		13. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>1</u> 15.2 Número de la vivienda: <u>10</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>10</u> 15.4 Núm. Interior: <u>10</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>10</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>10</u> 15.7 Código Postal: <u>10</u> 15.8 Localidad: <u>10</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>10</u> 15.10 Entidad federativa: <u>10</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>06</u> Año <u>2020</u> Hora <u>14</u> Minutos <u>44</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una o más causas en cada renglón. Evite señalar modos de morir: asfixia, parálisis, etc.) a) <u>Insuficiencia cardíaca</u> b) <u>Infarto de miocardio</u> c) <u>Sospecha de infarto de miocardio</u> d) <u>Defecto a (o) ritmo cardíaco</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>5</u>		21. Si la defunción corresponde a una mujer de 16 a 54 años 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 42 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		22. Si la muerte fue accidental o violenta, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con esta: (relacionado) ☐ No relacionado ☐ Se ignora ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>10</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias y hechos 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 vivienda: <u>1</u> 22.7.2 Número de la vivienda: <u>10</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>10</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>10</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>10</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>10</u> 22.7.7 Código Postal: <u>10</u> 22.7.8 Localidad: <u>10</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>10</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>10</u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Jose</u> Apellido(s) <u>Portez</u>		24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO <u>Padre</u>		25. Si el certificante es médico Número de la cédula profesional: <u>10</u>	
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Jose</u> Apellido(s) <u>Portez</u>		28. FIRMA <u>Jose Portez</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>1</u> 29.2 Número de la vivienda: <u>10</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>10</u> 29.4 Núm. Interior: <u>10</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>10</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>10</u> 29.7 Código Postal: <u>10</u> 29.8 Localidad: <u>10</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>10</u> 29.10 Entidad federativa: <u>10</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>06</u> Año <u>2020</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>10</u> Libro Núm. <u>10</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>10</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>10</u> 32.3 Entidad federativa: <u>10</u> 32.4 Día: <u>10</u> Mes: <u>06</u> Año: <u>2020</u>		33. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Jose</u> Apellido(s) <u>Portez</u>		34. NOMBRE DEL REG. CIVIL Nombre(s) <u>Jose</u> Apellido(s) <u>Portez</u>	

200637314

200637314