



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200637691

200637691 200637691 200637691 200637691 200637691 200637691 200637691 200637691 200637691 200637691

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

200637691

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Elpidio Hernández		Díaz		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		22	11	19	40	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP		HEDE401122HSPRLLO9		Se ignora <input type="checkbox"/> 99		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	79	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos		
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle Ejido		9. ESTADO CONYUGAL		
		59	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	En unión libre	10.2 Nombre de la vialidad	
					Tampacan		Cuauhtémoc	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1	Preescolar <input type="checkbox"/> 12	Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3	Secundaria <input type="checkbox"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
		Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7	Profesional <input type="checkbox"/> 8	Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Completa <input type="checkbox"/> 1	Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 5	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7	Otra <input type="checkbox"/> 8	12.1 Trabajaba Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
		IMSS <input type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1	IMSS <input type="checkbox"/> 3	PEMEX <input type="checkbox"/> 5	SEMAR <input type="checkbox"/> 7	Hospital Rural 16 Axtla	Vía pública <input type="checkbox"/> 10	
		IMSS PROSPERA <input checked="" type="checkbox"/> 2	ISSSTE <input type="checkbox"/> 4	SEDENA <input type="checkbox"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		136	libramiento	colonia	al cobach	5.2 Nombre de la vialidad		
		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	5.3 Nombre del asentamiento humano	Maria II		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		30082020	14	40	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
		Día	Mes	Año	Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Choque Hemorragico grado IV				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)	Debido a (o como consecuencia de)				16 hrs.	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b)	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 morbosos que la produjo		Sospechoso a Sars-Cov2						
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?		Uso exclusivo del personal codificador
		El embarazo <input type="checkbox"/> 1	El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
		Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	(taller, fábrica u obra)	
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		Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (ranchito, parcela)	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Otro <input type="checkbox"/> 8	
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	22.7.6 Nombre del asentamiento humano	22.7.10 Entidad federativa		
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.9 Municipio o Alcaldía	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Nieto	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.10 Entidad federativa	22.7.11 Municipio o Alcaldía	25. CERTIFICADA POR	Médico General	
23. NOMBRE		Alej. Castillo Ramírez		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	26.1 Número de la cédula profesional	27. NOMBRE	Claudia Mayael Bravo Galicia	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico * <input checked="" type="checkbox"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8	*Especifique	28. FIRMA	29. DOMICILIO y TELÉFONO	Ixtlán al cobach 136	
27. NOMBRE		Claudia Mayael Bravo Galicia		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Ixtlán al cobach		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	
		Santa María II		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.11 Teléfono	29.12 Municipio o Alcaldía	29.13 Entidad federativa	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		Nombre(s)		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
		Núm. <input type="checkbox"/> 01 Libro Núm. <input type="checkbox"/> 183	Primer Apellido	32.1 Localidad	30082020	Día	30082020	
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	Mes	Año		
DEL REG. CIVIL		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	32.4 Día	Mes	Año	
		Hidalgo y s de mayo altos s/n		32.3 Entidad federativa	32.4 Día	Mes	Año	
		Axtla de Terrazas s/n p. 102092020		32.3 Entidad federativa	32.4 Día	Mes	Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD