



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.

FOLIO

200637693

3200637693

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>Tranquillo</i>		Primer Apellido <i>Hernández</i>		Segundo Apellido <i>Hernández</i>			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
Día <i>06</i>	mes <i>07</i>	Año <i>76</i>	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <i>Santa Rosalia</i>					
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD					
<i>HJHT760706HSPRROG</i>		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"/> 99				
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	Años cumplidos		
		Minutos	Horas	Días	Meses	44	Se ignora <input type="radio"/> 99		
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 type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>Calle Lázaro Cárdenas</i>							
		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			
				<i>Avenida Lázaro Cárdenas</i>		<i>Axtla de Tula</i>			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
		<i>14</i>		<i>Axtla de Tula</i>					
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:							
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99			
Completa <input type="radio"/> 1		Incompleta <input type="radio"/> 2				12. Ocupación Habitual			
						12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6		ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra <input type="radio"/> 8			
Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				Unidad médica privada <input type="radio"/> 9					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		<i>Hospital Rural Axtla</i>							
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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			
				<i>Axtla de Tula</i>		<i>Axtla de Tula</i>			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa			
		<i>14</i>		<i>Axtla de Tula</i>					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?						18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día <i>31</i> Mes <i>07</i> Año <i>2015</i>		Horas <i>15</i> Minutos <i>15</i>		Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 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)		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)		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 morbososo que la produjo									
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
El parto <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 9									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión						22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	
Homicidio <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)		Calle o carretera <input type="radio"/> 4		Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	
Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 pública		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8	
Se ignora <input type="radio"/> 9								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			