



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

FOLIO  
200638653

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PLAZO 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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Angelito Martinez</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Martinez</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>23</u> Mes <u>09</u> Año <u>1955</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>1015 Potosi</u>	
5. CURP <u>MAHA59092314 SPR RND</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____			
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 <u>64</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>107</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>101</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Comunidad</u> 10.3 Núm. Exterior <u>107</u> 10.4 Núm. Interior <u>107</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>101</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>101</u> 10.7 Código Postal <u>107</u> 10.8 Localidad <u>107</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>107</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>107</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 Trabajaba SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>101</u> 14.2 Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>101</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>101</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>101</u> 15.3 Núm. Exterior <u>107</u> 15.4 Núm. Interior <u>107</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>101</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>101</u> 15.7 Código Postal <u>107</u> 15.8 Localidad <u>107</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>107</u> 15.10 Entidad federativa <u>107</u>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>23</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>10</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Debido a (o como consecuencia de) Deterioro Respiratorio Severo</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de) Deterioro de COVID</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de) Deterioro de COVID</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de) Deterioro de COVID</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>2 días</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>J80X</u> <u>J89</u> <u>U042</u> <u>E140</u> <u>U04X</u>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>J12A</u>			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 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 checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿Sitio donde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o Alcaldía _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		22.8 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____			
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Pablo</u> Primer Apellido <u>Yarquez</u> Segundo Apellido <u>Yarquez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>1015978</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique _____			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1015978</u>		27. FIRMA <u>1015978</u>		28. NOMBRE Nombre(s) <u>Pablo</u> Primer Apellido <u>Yarquez</u> Segundo Apellido <u>Yarquez</u>			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>101</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>101</u> 29.3 Núm. Exterior <u>107</u> 29.4 Núm. Interior <u>107</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>101</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>101</u> 29.7 Código Postal <u>107</u> 29.8 Localidad <u>107</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>107</u> 29.10 Entidad federativa <u>107</u> 29.11 Teléfono <u>107</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>23</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____							

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