



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

200638655

200638655

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan Héctor Flores		201-2001-000000000000		Acorde		
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO 13 01 1964		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Sinaloa		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
Día	Mes	Año						
5. CURP JFLO010164HDFRKTJG		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		Para personas de un año o más Años cumplidos		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)								
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 La Plata		10.6 Nombre del asentamiento humano Villanueva		10.7 Código Postal		
10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación Hogar <input type="radio"/> 11 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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad								
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano Villanueva		15.6 Nombre del asentamiento humano Villanueva		15.7 Código Postal		
15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15.01 2010 18:55								
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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 cardíaco, astenia, etc.)								
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente								
a)	Debido a (o como consecuencia de) Sintesis de fibrina S. Pequeña fractura							
b)	Debido a (o como consecuencia de) Sintesis de fibrina S. Pequeña fractura							
c)	Debido a (o como consecuencia de) Sintesis de fibrina S. Pequeña fractura							
d)	Debido a (o como consecuencia de) Sintesis de fibrina S. Pequeña fractura							
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte								
Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica								
Código CIE 1469 J80X J89 E03Q								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo								
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U041								
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5								
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Usa exclusivo del personal codificador				
Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9								
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Area deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o <input type="radio"/> 5 pública		22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8		Usa exclusivo del personal codificador		
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		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		
22.7.10 Entidad federativa								
23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido								
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido								
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique								
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 112041								
27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido								
28. FIRMA 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		
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 18 01 2009		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		Día	Mes	Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____ Libro Núm. _____								
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad								
32.2 Municipio o Alcaldía								
32.3 Entidad federativa								
32.4 Dia								
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.