



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

FOLIO
200638658

DEL REG. CIVIL		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) J. GUADALUPE RODRIGUEZ		2. FECHA DE NACIMIENTO 12/01/1956		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO 200638658		Segundo Apellido Rodríguez	
		Nombre(s)		Primer Apellido							
		Día	Mes	Año							
DEL CERTIFICANTE		5. CURP SJGK951201H50000001		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Días		Para menores de un día <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años cumplidos	
		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="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) LICINE	
										10.1 Tipo de vialidad Carretera	
		10.3 Núm. Exterior 22		10.4 Núm. Interior 1001		10.5 Tipo de asentamiento humano Municipio		10.6 Nombre del asentamiento humano Real de la Huerta		10.7 Código Postal 518720	
										10.8 Localidad Real de la Huerta	
										10.9 Municipio o Alcaldía Real de la Huerta	
										10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Coahuila	
DE LA DEFUNCIÓN		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> 99					
										12.1 Trabajaba: Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
		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 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 LEPDISIN101291912	
										14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	
										14.1 Nombre de la unidad médica SEDENA	
										14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) LEPDISIN101291912	
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 601		15.1 Tipo de vialidad Carretera		15.2 Nombre de la vialidad Carretera		15.3 Núm. Exterior 1001		15.4 Núm. Interior 1001	
										15.5 Tipo de asentamiento humano Municipio	
										15.6 Nombre del asentamiento humano Real de la Huerta	
										15.7 Código Postal 518720	
										15.8 Localidad Real de la Huerta	
										15.9 Municipio o Alcaldía Real de la Huerta	
										15.10 Entidad federativa Coahuila	
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo, paro cardíaco, astenia, etc.)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2					
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 30x	
		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)						Uso exclusivo del personal codificador Código CIE J189	
				c) Debido a (o como consecuencia de)						J189	
				d) Debido a (o como consecuencia de)						J072	
DEL INF.		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 J189			
		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		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		Uso exclusivo del personal codificador	
		43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5							
		22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA; ESPECIFIQUE		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(a) fallecido(a)			
		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		Si <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 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> 6 Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 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 22.7.4 Núm. Interior 1001		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano					
		22.7.7 Código Postal 518720		22.7.8 Localidad Real de la Huerta		22.7.9 Municipio o Alcaldía Real de la Huerta				22.7.10 Entidad federativa Coahuila	
DEL CERTIFICANTE		23. NOMBRE SOC. SOCIALES RODRIGUEZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre							
		Nombre(s) SOC. SOCIALES RODRIGUEZ		Primer Apellido		Segundo Apellido					
		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		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1950428					
		27. NOMBRE VICENTE RODRIGUEZ		Nombre(s) VICENTE RODRIGUEZ		Primer Apellido		Número de la cédula profesional			
		29. DOMICILIO y TELÉFONO Carretera + 1002 60		29.1 Tipo de vialidad Carretera		29.2 Nombre de la vialidad Carretera		29.3 Núm. Exterior 1001		29.4 Núm. Interior 1001	
		29.6 Nombre del asentamiento humano Real de la Huerta		29.7 Código Postal 518720		29.8 Localidad Real de la Huerta				29.5 Tipo de asentamiento humano Municipio	
		29.9 Municipio o Alcaldía Real de la Huerta		29.10 Entidad federativa Coahuila		29.11 Teléfono 518720				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/09/2020	
		31.1 Acta Núm.		32.1 Lugar y Fecha de Registro Carretera + 1002 60		32.2 Municipio o Alcaldía Real de la Huerta		32.3 Entidad federativa Coahuila		32.4 Dia 11 Mes 09 Año 2020	
		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32.1 Localidad Real de la Huerta							
		31.2 Acta Núm.		32.4 Dia 11 Mes 09 Año 2020							

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



200638658

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