



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

Modelo 2017.1

200638925

200638925

5200638925

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Amparo		Rojas		Mendez.	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
1969		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		SIN LUGAR		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
Día Mes Año							
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
RJMA690910MSPJNM		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> →		Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
		Calle 61		Calle 61		Calle 61	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
13900		El Nuevo		El Nuevo		El Nuevo	
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 type="radio"/> Prescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	
12. OCUPACIÓN HABITUAL		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12.1 Trabajaba		12.2 No trabajaba	
		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Vía pública	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		Unidad médica privada <input type="radio"/> 8		Hogar <input type="radio"/> 11		Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda		15.3 Número de la vivienda	
		Calle 61		Calle 61		13900	
15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal	
		Calle 61		Calle 61		13900	
15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día		16.2 Mes		16.3 Año	
		10		08		2020	
16.4 Horas		16.5 Minutos		16.6		16.7	
		10		00		30	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		17.1 Sí <input type="radio"/> 1		17.2 No <input type="radio"/> 2		17.3 Se ignora <input type="radio"/> 3	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		18.1 Sí <input type="radio"/> 1		18.2 No <input type="radio"/> 2		18.3 Se ignora <input type="radio"/> 3	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		19.1 PARTE I		19.2 PARTE II		19.3 PARTE III	
Encefalitis no especificada		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) Debido a (o como consecuencia de)						Código CIE	
b) Debido a (o como consecuencia de)						1413	
c) Debido a (o como consecuencia de)						E122	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica						1139	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones grupales del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Causa básica de defunción	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4		El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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(a) fallecido(a)			
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?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parque) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.7 Anote 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		22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía			
23. NOMBRE		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Ruthie Jasmin		Perez		Mendez		Hermana	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4						Número de la cédula profesional 53974044	
27. NOMBRE		Liliana Elizabeth		Calle 61		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Calle 61		Calle 61		31.08.2020	
29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vivienda		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Tipo de asentamiento humano	
Calle 61		13900		Calle 61		Calle 61	
Calle 61							
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Número _____ Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____					
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____		32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día Mes Año _____	

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 PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE ENTIDADES OFICIALES Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

200638925

卷之三

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