



Z8-16-99-2335 SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO
200638944

1M1999 012

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEED G508

03
- 50-
URG

*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 ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS



200638944

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Juan De Jesus Flores		Primer Apellido Flores	Segundo Apellido Rodríguez
2. FECHA DE NACIMIENTO 10/10/1911 1919		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO S. L. P.
5. CURP IFLORIJ19111010IS101C1010		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos		8.1 Para menores de un día Horas	8.2 Para menores de un mes Días
8.3 Para menores de un año Meses		8.4 Para personas de un año o más Años cumplidos	8.5 Se ignora <input type="radio"/> 9
8.6 Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.7 Semanas de gestación:	8.8 Peso (gramos):
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 605	10.4 Núm. Interior Col. Valles	10.5 Tipo de asentamiento humano Calle	10.6 Nombre del asentamiento humano Col. Valles
10.7 Código Postal 71400	10.8 Localidad Col. Valles	10.9 Municipio o Alcaldía C. MEXICO - LATAZO	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) S. L. P.
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Empleada doméstica
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input 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 checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 ISSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación 2816999376 1M1999012	13.2 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica 1162116 Col. Valles S.	Vía pública <input type="radio"/> 10 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"/> 8		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 1162116 Col. Valles S.	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 34		15.1 Tipo de vialidad Calle ZONA CENTRO	15.2 Nombre de la vialidad C. MEXICO - LATAZO
15.3 Núm. Exterior 1719000	15.4 Núm. Interior Col. Valles	15.5 Tipo de asentamiento humano Calle	15.6 Nombre del asentamiento humano Col. Valles
15.7 Código Postal 71400	15.8 Localidad Col. Valles	15.9 Municipio o Alcaldía C. MEXICO - LATAZO	15.10 Entidad federativa S. L. P.
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16/09/2020 00:45		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <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.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 Hrs	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Inhalación Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)	Usa exclusivo del personal codificador Código CIE 196.0
Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron algún tipo de enfermedad o lesión que contribuyó a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		b) Neumonía no especificada Debido a (o como consecuencia de)	3 Días 118.9
		c) Suspicion de coronavirus SARS-CoV-2 Debido a (o como consecuencia de)	3 Días 107.2
PARTE II Otros estados patológicos o factores que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		d)	
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 No estuvo 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? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
21.4 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4			21.5 Usar exclusivo del personal codificador Código CIE 11101712
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"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella (a) fallecido(a)			
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 22774	22.7.4 Núm. Interior Col. Valles	22.7.5 Tipo de asentamiento humano Calle	22.7.6 Nombre del asentamiento humano Col. Valles
22.7.7 Código Postal 71400	22.7.8 Localidad Col. Valles	22.7.9 Municipio o Alcaldía C. MEXICO - LATAZO	22.7.10 Entidad federativa S. L. P.
23. NOMBRE Nombre(s) Laura Flores		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer Apellido Flores	Secondo Apellido Rodríguez
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		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 1430839	
27. NOMBRE Nombre(s) Laura Flores		28. FIRMA 	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Colonia ZONA CENTRO Col. Valles		29.1 Tipo de vialidad Calle	29.2 Nombre de la vialidad Col. Valles
29.6 Nombre del asentamiento humano Col. Valles	29.7 Código Postal 71400	29.8 Localidad Col. Valles	29.11 Teléfono 48111176000
29.9 Municipio o Alcaldía Col. Valles	29.10 Entidad federativa S. L. P.	29.12 Municipio o Alcaldía Col. Valles	29.13 Entidad federativa S. L. P.
31.1 Acta Núm. 1M1999012	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Col. Valles	32.2 Municipio o Alcaldía Col. Valles	32.3 Entidad federativa S. L. P.
31.2 Lugar y fecha de inscripción en la Oficialía o Juzgado Número _____, Libro Número _____	32.4 Día Mes Año 16/09/2020	32.5 Día Mes Año 16/09/2020	
31.3 Acta Núm. 1M1999012	32.6 Entidad federativa S. L. P.	32.7 Día Mes Año 16/09/2020	

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