



## Modelo 2017.1

FOLIO  
200639370200639370200639370200639370200639370  
200639370  
200639370

**\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO 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 ORIGIADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Casimiro Franco

Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre01 Mujer02 Se ignora09

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Rio de Janeiro

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

AAXC-141C4ICLUSPREXSL14

Se ignora099 Si01 No02 Se ignora09

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?

No02

Si01 No02 Se ignora09

7. NACIONALIDAD

Mexicana01

Otra02→ Especifique

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Dias Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora09

9. ESTADO CONYUGAL

En unión libre04 Separado(a)06 Viudo(a)02 Casado(a)05 Divorciado(a)03 Soltero(a)01 Se ignora09

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivia el fallecido (a) Tipo de vialidad Nombre de la vialidad Núm. Exterior Núm. Interior Tipo de asentamiento humano Nombre del asentamiento humano Código Postal Localidad Municipio o Alcaldía Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD

Ninguna01 Preescolar012 Primaria03 Secundaria05 Bachillerato o preparatoria07 Profesional08 Posgrado010 Se ignora099 Completa01 Incompleta02 La escolaridad seleccionada es:

12. OCUPACION HABITUAL

Trabajaba Sí01 No02 Se ignora09 Número de seguridad social o afiliación

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna01 ISSSTE03 SEDENA05 Seguro Popular07 Otra08 IMSS02 PEMEX04 SEMAR06 IMSS PROSPERA010 Se ignora099

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud01 IMSS03 PEMEX05 SEMAR07 Unidad médica pública08 OIIMSS PROSPERA02 ISSSTE04 SEDENA06 Otra unidad pública08 Unidad médica privada09 Nombre de la unidad médica Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública010 Otro lugar012 Hogar011 Se ignora099

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Tipo de vialidad Nombre de la vialidad Núm. Exterior Núm. Interior Tipo de asentamiento humano Nombre del asentamiento humano Código Postal Localidad Municipio o Alcaldía Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí01 No02 Se ignora09

18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?

Sí01 No02 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Debido a (o como consecuencia de) 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 morboso que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

El embarazo01 El parto02 El puerperio03 43 días a 11 meses después del parto o aborto04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte05 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí01 No02 Las causas anotadas compilaron el embarazo, parto o puerperio? Sí01 No02 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto Accidente01 Homicidio02 Suicidio03 Se ignora09 22.2 ¿Ocurreó en el desempeño de su trabajo? Sí01 No02 Se ignora09 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular00 Área deportiva03 Calle o carretera (via pública)04 Escuela u oficina pública02 Área comercial o de servicio05 Área industrial (taller, fábrica u obra)06 Granja (rancho o parcela)07 Otro08 Se ignora09 22.4 Anote 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, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurreó 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

Bamuel Franco Miquel

Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Filho

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante01 Médico legista02 Otro médico\*03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud04 Autoridad civil\*05 Otro\*08 \*Especifique

26. SI EL CERTIFICATE ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Eduardo Francisco

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 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

Día Mes Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGAO

Núm. Libro Núm. Acta Núm.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

Localidad Municipio o Alcaldía Entidad federativa Día Mes Año

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA**