

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Luis</u> Primer Apellido <u>Ocampo</u> Segundo Apellido <u>Nari</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>1991</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP <u>L O C A L I S 1 7 1 0 1 9 9 1</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐			
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 personas de un año o más: Años cumplidos <u>09</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐					
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
10.3 Núm. Exterior _____		10.4 Núm. Interior _____		10.5 Tipo de asentamiento humano _____			
10.7 Código Postal _____		10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o Alcaldía _____			
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐			12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si ☐ No ☐ Se ignora ☐				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐			13.1 Número de seguridad social o afiliación _____				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____		15.2 Nombre de la vialidad _____					
15.3 Núm. Exterior _____		15.4 Núm. Interior _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____			
15.7 Código Postal _____		15.8 Localidad _____		15.9 Municipio o Alcaldía _____			
15.10 Entidad federativa _____		15.6 Nombre del asentamiento humano _____					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2010</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>05</u>							
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐			18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☐				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: _____							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidental ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		22.3 ¿Sólo donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Otro ☐ Se ignora ☐			
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____		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 accidental, homicidio o suicidio: _____		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidental, 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) <u>Victor Antonio</u> Primer Apellido <u>Gonzalez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____				
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____				
27. NOMBRE <u>Victor Antonio</u> <u>Gonzalez</u> <u>Hernandez</u>			28. 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 <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2010</u>					

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