

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO  
210829380

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



210829380

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 2. FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 3. SEXO                                                                                                                                                                                                                                           | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO |
| Oscar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 03/11/1947                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                               | Hidalgo                  |
| 5. CURP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| Oscar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| 7. EDAD CUMPLIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 7. NACIONALIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| Para menores de una hora: Minutos                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| Para menores de un día: Horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Especifique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| Para menores de un mes: Días                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 8. ESTADO CONYUGAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| Para menores de un año: Meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| Para personas de un año o más: Años cumplidos                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 9. ESTADO CONYUGAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| 8.1 Foto del Certificado de Nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| 8.2 Semanas de gestación                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 8.3 Peso (gramos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 10.1 Tipo de vivienda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| Anoto el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 10.2 Nombre de la vivienda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| 10.3 Núm. Exterior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 10.4 Núm. Interior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 10.5 Tipo de asentamiento humano                                                                                                                                                                                                                  |                          |
| 10.6 Código Postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 10.7 Localidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 10.8 Municipio o Alcaldía                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| 10.9 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| 11. ESCOLARIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 11.1 La escolaridad seleccionada es:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL                                                                                                                                                                                                                            |                          |
| Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                        |  | Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                     |                          |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN                                                                                                                                                                                                          |                          |
| Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  | Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  | 15.1 Tipo de vivienda                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?                                                                                                                                                                                                                       |                          |
| 20/11/2020 14:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                 |                          |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 21.1 Si la defunción corresponde a un parto, ¿fue durante el embarazo, parto o puerperio?                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?                                                                                                                                                          |                          |
| a) Insuficiencia respiratoria aguda                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                 |                          |
| b) Sospecha de coronavirus SARS-CoV-2                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?                                                                                                                                                                             |                          |
| c) Debido a (o como consecuencia de)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                 |                          |
| d) Diabetes mellitus                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número                                                                                                                                                                      |                          |
| e) Hipertensión arterial                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Código CIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio                                                                                                           |                          |
| 23. NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 25. CERTIFICADA POR                                                                                                                                                                                                                               |                          |
| Roberto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Hijo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> |                          |
| 26. NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 27. DOMICILIO Y TELÉFONO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 28. FIRMA                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| Roberto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 29.1 Tipo de vivienda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 29.2 Nombre de la vivienda                                                                                                                                                                                                                        |                          |
| 29.3 Núm. Exterior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 29.4 Núm. Interior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 29.5 Tipo de asentamiento humano                                                                                                                                                                                                                  |                          |
| 29.6 Código Postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 29.7 Localidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 29.8 Municipio o Alcaldía                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| 29.9 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 29.10 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 29.11 Teléfono                                                                                                                                                                                                                                    |                          |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Num. Libro Num.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 32.1 Localidad                                                                                                                                                                                                                                    |                          |
| 31.1 Acta Num.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 32.2 Municipio o Alcaldía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 32.3 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                           |                          |
| 32.4 Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 32.5 Mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 32.6 Año                                                                                                                                                                                                                                          |                          |

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