

**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL VERSO

21083303

\*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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

<b>DEL REG. CIVIL</b> <b>DEL CERTIFICANTE</b>		<p align="center"><b>CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN</b> ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL VERSO</p>									
<b>DEL INF.</b>  <b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>		<p><b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b>  <b>Nombre(s)</b> <i>Diego Sebastián</i> <b>Primer Apellido</b> <b>Segundo Apellido</b></p> <p><b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b>  <i>22/10/1996</i> <b>Día</b> <b>Mes</b> <b>Año</b></p> <p><b>3. SEXO</b>  <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b>  <b>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</b></p>									
		<b>5. CURP</b> <i>S1010196001244SABW00</i>		<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		<b>7. NACIONALIDAD</b> <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <b>Especifique</b>					
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> <b>Para menores de una hora</b> <b>Minutos</b> <b>Para menores de un día</b> <b>Horas</b> <b>Para menores de un mes</b> <b>Días</b> <b>Para menores de un año</b> <b>Meses</b>											
		<b>8.2 Semanas de gestación:</b> <b>8.3 Peso (gramos):</b>		<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora							
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> <b>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</b> <i>Sin</i>											
		<b>10.1 Tipo de vialidad</b> <b>10.2 Nombre de la vialidad</b>									
<b>10.3 Núm. Exterior</b> <b>10.4 Núm. Interior</b> <i>Sin</i>											
		<b>10.5 Tipo de asentamiento humano</b> <b>10.6 Nombre del asentamiento humano</b>									
<b>10.7 Código Postal</b> <i>20000</i>											
		<b>10.8 Localidad</b> <i>Sin</i>									
<b>10.9 Municipio o Alcaldía</b> <i>Sin</i>											
		<b>11. ESCOLARIDAD</b> <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> <input checked="" type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta									
<b>12. OPCIÓN HABITUAL</b> <input checked="" type="radio"/> Vivienda propia <input type="radio"/> Vivienda de alquiler <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Vivienda de otra persona <input type="radio"/> Vivienda en pensionado <input type="radio"/> Vivienda en casa de familia											
		<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora									
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <b>Secretaría de Salud</b> <b>IMSS</b> <b>PEMEX</b> <b>SEMAR</b> <b>IMSS PROSPERA</b> <b>ISSSTE</b> <b>SEDENA</b> <b>Otra unidad médica privada</b> <b>14.1 Nombre de la unidad médica</b> <b>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</b>											
		<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <b>15.1 Tipo de vialidad</b> <b>15.2 Nombre de la vialidad</b>									
<b>15.3 Núm. Exterior</b> <b>15.4 Núm. Interior</b> <i>Sin</i>											
		<b>15.5 Tipo de asentamiento humano</b> <b>15.6 Nombre del asentamiento humano</b>									
<b>15.7 Código Postal</b> <i>20000</i>											
		<b>15.8 Localidad</b> <i>Sin</i>									
<b>15.9 Municipio o Alcaldía</b> <i>Sin</i>											
		<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> <i>12/10/2010 12:00:00</i> <b>Día</b> <b>Mes</b> <b>Año</b> <b>Horas</b> <b>Minutos</b>									
<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA DEFUNCIÓN?</b> <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No											
		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No									
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, muerte súbita, muerte cerebral, etc.) <b>PARTÍCULAS</b> <b>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</b> <b>a)</b> <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> <b>b)</b> <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> <b>c)</b> <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> <b>d)</b> <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> <b>PARTÍCULAS</b> <b>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo</b>											
		<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> <b>Código CIE</b>									
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> <b>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</b> <b>El embarazo</b> <input type="radio"/> <b>El parto</b> <input type="radio"/> <b>El puerperio</b> <input type="radio"/> <b>43 días a 11 meses después del parto o aborto</b> <input type="radio"/> <b>No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</b> <input type="radio"/> <b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No											
		<b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No									
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> <b>22.1 Fue un presunto</b> <b>Accidente</b> <input type="radio"/> <b>Homicidio</b> <input type="radio"/> <b>Suicidio</b> <input type="radio"/> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/> <b>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</b> <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <b>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b> <b>Vivienda particular</b> <input type="radio"/> <b>Área deportiva</b> <input type="radio"/> <b>Vivienda colectiva</b> <input type="radio"/> <b>Calle o carretera</b> <input type="radio"/> <b>(asilo, orfanato, etc.)</b> <input type="radio"/> <b>rancho</b> <input type="radio"/> <b>Escuela u oficina</b> <input type="radio"/> <b>Área comercial o de servicio</b> <input type="radio"/> <b>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</b> <b>industrial</b> <input type="radio"/> <b>amiga u obra</b> <input type="radio"/> <b>Granja</b> <input type="radio"/> <b>parcela</b> <input type="radio"/> <b>Otro</b> <input type="radio"/> <b>se ignora</b> <input type="radio"/>											
		<b>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b> <b>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión</b> <b>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> <b>22.7.1 Tipo de vialidad</b> <b>22.7.3 Núm. Exterior</b> <b>22.7.4 Núm. Interior</b> <b>22.7.7 Código Postal</b>									
<b>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</b> <b>22.7.8 Localidad</b> <b>22.7.9 Municipio o Alcaldía</b>											
		<b>23. NOMBRE</b> <b>Nombre(s)</b> <i>Diego Sebastián</i> <b>Primer Apellido</b> <b>Segundo Apellido</b>									
<b>25. CERTIFICADA POR</b> <b>Médico tratante</b> <input type="radio"/> <b>Médico legista</b> <input type="radio"/> <b>Otro médico</b> <input type="radio"/> <b>Otro</b> <input type="radio"/> <b>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</b> <input type="radio"/> <b>Autoridad civil*</b> <input type="radio"/> <b>Otro*</b> <input type="radio"/> <b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> <b>Número de la cédula profesional</b>											
		<b>27. NOMBRE</b> <b>Nombre(s)</b> <i>Victor</i>									
<b>28. FIRMA</b>											
		<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b> <b>29.1 Tipo de vialidad</b> <b>29.2 Nombre de la vialidad</b> <b>29.3 Núm. Exterior</b> <b>29.4 Núm. Interior</b> <b>29.5 Tipo de asentamiento humano</b> <b>29.6 Nombre del asentamiento humano</b> <b>29.7 Código Postal</b> <b>29.8 Localidad</b> <b>29.9 Municipio o Alcaldía</b>									
<b>29.10 Entidad federativa</b> <i>Sin</i>											
		<b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> <b>Día</b> <b>Mes</b> <b>Año</b>									
<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> <b>Núm.</b> <b>Libro Núm.</b> <b>31.1 Acta Núm.</b>											
		<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> <b>32.1 Localidad</b> <b>32.2 Municipio o Alcaldía</b> <b>32.3 Entidad federativa</b>									
<b>ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR</b> <b>COPIA PARA</b>											

210833036