



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210833141

210833141 210833141 210833141 210833141 210833141 210833141 210833141 210833141 210833141 210833141

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

DEL REG. CIVIL		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) DAVID MARTIN									
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
DEL CERTIFICANTE		2. FECHA DE NACIMIENTO 2020-08-19 315		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO MEXICO		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
		Día	Mes	Año							
DEL INF.		5. CURP MAMD35081931SPRN01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 →		Se ignora <input type="radio"/> 9			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> 9		8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			
DE LA DEFUNCIÓN		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10 CALLE MIRADOR		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad					
DE LA DEFUNCIÓN		10.3 Núm. Exterior 10 10.4 Núm. Interior 10101010		10.5 Tipo de asentamiento humano TEMPANCU		10.6 Nombre del asentamiento humano AXTLA					
DE LA DEFUNCIÓN		10.7 Código Postal 799930		10.8 Localidad AXTLA		10.9 Municipio o Alcaldía AXTLA		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
DE LA DEFUNCIÓN		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 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 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
DE LA DEFUNCIÓN		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación							
DE LA DEFUNCIÓN		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica HR 10 AXTLA		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
DE LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 10 CALLE MIRADOR		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad SANTA MARIA		15.6 Nombre del asentamiento humano			
DE LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior 10 15.4 Núm. Interior 10101010		15.5 Tipo de asentamiento humano AXTLA		15.9 Municipio o Alcaldía AXTLA		15.10 Entidad federativa			
DE LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1201012021 014500		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
DE LA DEFUNCIÓN		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de) INSUFICIENCIA CARDIACAS		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 36 MESES		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
DE LA DEFUNCIÓN		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Debido a (o como consecuencia de) COVID-19		d) Debido a (o como consecuencia de) HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA					
DE LA DEFUNCIÓN		20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
DE LA DEFUNCIÓN		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"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
DE LA DEFUNCIÓN		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		22.7.2 Nombre de la vialidad					
DE LA DEFUNCIÓN		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.6 Nombre del asentamiento humano					
DE LA DEFUNCIÓN		22.7.3 Núm. Exterior 10 22.7.4 Núm. Interior 10101010		22.7.5 Tipo de asentamiento humano AXTLA		22.7.9 Municipio o Alcaldía AXTLA		22.7.10 Entidad federativa			
DE LA DEFUNCIÓN		22.7.7 Código Postal 799930		22.7.8 Localidad AXTLA		22.7.10 Entidad federativa					
DEL CERTIFICANTE		23. NOMBRE ISNEEL GARCIA		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) MARTIN SANTANA		28. FIRMA fa.					
		Nombre(s)		Primer Apellido		Número de la cédula profesional 6581896					
DEL CERTIFICANTE		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otra* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 201012021					
DEL CERTIFICANTE		27. NOMBRE ISNEEL GARCIA		28. FIRMA fa.		Día 20 Mes 10 Año 2021					
		Nombre(s)		Primer Apellido							
DEL CERTIFICANTE		29. DOMICILIO y TELÉFONO CALLE LICK AL COACH 799930		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad AXTLA		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
DEL CERTIFICANTE		29.6 Nombre del asentamiento humano SANTA MARIA II		29.7 Código Postal 799930		29.8 Localidad AXTLA		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano	
DEL REG. CIVIL		31.1 Acta Núm. _____		31.2 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.3 Entidad federativa				32.4 Día 10 Mes 10 Año 2021	
		Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____							
DEL REG. CIVIL		31.3 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32.2 Municipio o Alcaldía							

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



210833141