



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1
FOLIO

364

210834426 210834426 210834426 210834426 210834426 210834426

210834426

DEL REG. CIVIL DEL CERTIFICANTE DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS DEL INF.		<p align="center">1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</p> <p>Nombre(s) <u>Bruno</u> Primer Apellido <u></u> Segundo Apellido <u></u></p> <p align="center">2. FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>Día <u>10</u> Mes <u>1</u> Año <u>1914</u></p> <p align="center">3. SEXO</p> <p>Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p align="center">5. CURP</p> <p>Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p align="center">6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</p> <p>Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">7. NACIONALIDAD</p> <p>Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</p> <p align="center">8. EDAD CUMPLIDA</p> <p>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"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">Para menores de 28 días anote:</p> <p>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u></u></p> <p>8.2 Semanas de gestación: <u></u> 8.3 Peso (gramos): <u></u></p> <p align="center">9. ESTADO CONYUGAL</p> <p>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</p> <p align="center">10. RESIDENCIA HABITUAL</p> <p>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</p> <p>10.1 Tipo de vialidad <u></u> 10.2 Nombre de la vialidad <u></u></p> <p>10.3 Núm. Exterior <u>104</u> Núm. Interior <u></u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u></u></p> <p>10.7 Código Postal <u></u> 10.8 Localidad <u></u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u></u></p> <p align="center">11. ESCOLARIDAD</p> <p>Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</p> <p align="center">12. OCUPACIÓN HABITUAL</p> <p>12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u></u></p> <p align="center">14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</p> <p>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"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u></u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u></u></p> <p align="center">15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</p> <p>15.1 Tipo de vialidad <u></u> 15.2 Nombre de la vialidad <u></u></p> <p>15.3 Núm. Exterior <u></u> 15.4 Núm. Interior <u></u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u></u></p> <p>15.7 Código Postal <u></u> 15.8 Localidad <u></u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 15.10 Entidad federativa <u></u></p> <p align="center">16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</p> <p>Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u> Horas <u></u> Minutos <u></u></p> <p align="center">17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</p> <p>Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</p> <p>Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p align="center">19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____</p> <p>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____</p> <p align="center">20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____</p> <p align="center">21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Uso exclusivo del personal codificador</p> <p align="center">22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>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? Si <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 <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</p> <p>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 _____</p> <p align="center">22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad <u></u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u></p> <p>22.7.3 Núm. Exterior <u></u> 22.7.4 Núm. Interior <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u></p> <p>22.7.7 Código Postal <u></u> 22.7.8 Localidad <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 22.7.10 Entidad federativa <u></u></p> <p align="center">23. NOMBRE</p> <p>Nombre(s) <u></u> Primer Apellido <u></u> Segundo Apellido <u></u></p> <p align="center">24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</p> <p align="center">25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____ Número de la cédula profesional _____</p> <p align="center">26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p align="center">27. NOMBRE</p> <p>Nombre(s) <u></u> Primer Apellido <u></u> Segundo Apellido <u></u> 28. FIRMA _____</p> <p align="center">29. DOMICILIO y TELÉFONO</p> <p>29.1 Tipo de vialidad <u></u> 29.2 Nombre de la vialidad <u></u> 29.3 Núm. Exterior <u></u> 29.4 Núm. Interior <u></u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u></u></p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 29.7 Código Postal <u></u> 29.8 Localidad <u></u> 29.11 Teléfono <u></u></p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 29.10 Entidad federativa <u></u> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO</p> <p>Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>32.1 Localidad <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u></u> 32.3 Entidad federativa <u></u> 32.4 Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u></p>									
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

*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 72 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

210834426