



SECRETARÍA DE SALUD **SINBA**
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN **163** **210839558**

Modelo 2017 I
 FOLIO
 210839558 210839558 210839558 210839558

41069019945
 41119660R ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-3

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

210839558



25 Med Int		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Cecilio Olivio Díaz Primer Apellido Segundo Apellido
DEL FALLECIDO		2. FECHA DE NACIMIENTO Día 14 Mes 05 Año 1966 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
DE LA DEFUNCIÓN		5. CURP LOLIDIC6605114HSPLZC03 Se ignora <input type="radio"/> 99 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"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
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 checked="" type="radio"/> 10.514 Se ignora <input type="radio"/> 99 Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <input type="radio"/> 8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/> 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 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
DEL REG. CIVIL		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 109 Colonia Emiliano Zapata 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 17910210 10.4 Núm. Interior Colonia 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 17100 10.8 Localidad Colonia 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
DEL CERTIFICANTE		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Bachillerato o <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12.1 Ocupación HABITUAL Pintor Automotriz <input type="radio"/> 12.2 Ocupación PROFESSIONAL Vendedora de ropa <input type="radio"/> 12.3 Ocupación ADJUNTA Se ignora <input type="radio"/> 99 12.4 Ocupación ADJUNTA Se ignora <input type="radio"/> 99
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 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 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 13.2 Ocupación PROFESSIONAL Se ignora <input type="radio"/> 99
27. NOMBRE		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
28. FIRMA		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 13032021 15.4 Núm. Interior 11114 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 17100 15.8 Localidad Colonia 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 13 Mes 03 Año 2021 Horas 11 Minutos 11 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"/> 99 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		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) Choque Septico Debido a (o como consecuencia de) b) Candidiasis Debido a (o como consecuencia de) c) VIH Debido a (o como consecuencia de) d) Diabetes Mellitus Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE B12014
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 después del parto o aborto <input type="radio"/> 6 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
33. DEL REG. CIVIL		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"/> 99 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)
34. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		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
35. DEL CERTIFICANTE		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, 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
36. DEL INF.		23. NOMBRE Claudia Olivio Díaz Hermana Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
37. DEL REG. CIVIL		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
38. DEL CERTIFICANTE		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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 770242
39. DEL REG. CIVIL		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
40. DEL REG. CIVIL		27. NOMBRE Yuridia Hernández Lauvarra Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
41. DEL REG. CIVIL		28. FIRMA
42. DEL REG. CIVIL		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 29.11 Teléfono 30.1 Día 30.2 Mes 30.3 Año
43. DEL REG. CIVIL		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número 41119660R Libro Número 41119660 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año
44. DEL REG. CIVIL		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número 41119660R Libro Número 41119660 34. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
45. DEL REG. CIVIL		35. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número 41119660R Libro Número 41119660 36. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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