

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOI 10

210841083210841083210841083210841083210841083

210841083

210841083210841083210841083210841083210841083

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Ma Lidia</div> <div>Guerrero</div> <div>Marquez</div>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>13</div> <div>10</div> <div>1957</div>		3. SEXO <div>Hombre</div> <div>Mujer</div> <div>Se ignora</div>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>		
	5. CURP <div>FUML571013MHGRDO6</div>		
DEL FALLECIDO	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>Si</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		
	7. NACIONALIDAD <div>Mexicana</div> <div>Otra</div> <div>Se ignora</div>		
	8. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una hora</div> <div>Para menores de un día</div> <div>Para menores de un mes</div> <div>Para menores de un año</div> <div>Para personas de un año o más</div> <div>063</div> <div>Años cumplidos</div>		
	9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre</div> <div>Separado(a)</div> <div>Divorciado(a)</div> <div>Soltero(a)</div> <div>Casado(a)</div> <div>Se ignora</div>		
DEL FALLECIDO	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</div>		
	10.1 Tipo de vialidad		
	10.2 Nombre de la vialidad		
	10.3 Núm. Exterior		
DEL FALLECIDO	10.4 Núm. Interior		
	10.5 Tipo de asentamiento humano		
	10.6 Nombre del asentamiento humano		
	10.7 Código Postal		
DEL FALLECIDO	10.8 Localidad		
	10.9 Municipio o Alcaldía		
	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
	11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna</div> <div>Preescolar</div> <div>Primaria</div> <div>Secundaria</div> <div>Bachillerato o preparatoria</div> <div>Profesional</div> <div>Posgrado</div> <div>Se ignora</div>		
DEL FALLECIDO	11.1 La escolaridad seleccionada es: <div>Completa</div> <div>Incompleta</div>		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>ama de casa</div> <div>Se ignora</div>		
	12.1 Trabajaba <div>Si</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna</div> <div>ISSSTE</div> <div>SEDENA</div> <div>Seguro Popular</div> <div>Otra</div> <div>IMSS</div> <div>PEMEX</div> <div>SEMAR</div> <div>IMSS PROSPERA</div> <div>Se ignora</div>		
DEL FALLECIDO	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud</div> <div>IMSS</div> <div>PEMEX</div> <div>SEMAR</div> <div>IMSS PROSPERA</div> <div>ISSSTE</div> <div>SEDENA</div> <div>Otra unidad pública</div> <div>Unidad médica privada</div> <div>14.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div>		
	14.1 Nombre de la unidad médica		
	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
DEL FALLECIDO	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>15.1 Tipo de vialidad</div> <div>15.2 Nombre de la vialidad</div>		
	15.3 Núm. Exterior		
	15.4 Núm. Interior		
	15.5 Tipo de asentamiento humano		
DEL FALLECIDO	15.6 Nombre del asentamiento humano		
	15.7 Código Postal		
	15.8 Localidad		
	15.9 Municipio o Alcaldía		
DEL FALLECIDO	15.10 Entidad federativa		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>27</div> <div>02</div> <div>2021</div> <div>05</div> <div>40</div>		
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <div>Si</div> <div>No</div>		
DEL FALLECIDO	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <div>a) Neumonía por SARS Cov2</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div>		
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica <div>b) Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>c) Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>d) Debido a (o como consecuencia de)</div>		
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <div>Diabetes mellitus tipo 2</div> <div>Hipertensión arterial sistémica</div>		
DEL FALLECIDO	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>15 días</div>		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <div>12 años</div> <div>3 años</div>		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <div>El embarazo</div> <div>El parto</div> <div>El puerperio</div> <div>43 días a 11 meses después del parto o aborto</div> <div>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</div>		
	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <div>Si</div> <div>No</div>		
DEL FALLECIDO	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <div>Si</div> <div>No</div>		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto <div>Accidente</div> <div>Homicidio</div> <div>Suicidio</div> <div>Se ignora</div>		
	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <div>Si</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <div>Vivienda particular</div> <div>Área deportiva</div> <div>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</div> <div>Calle o carretera (vía pública)</div> <div>Escuela u oficina pública</div> <div>Área comercial o de servicio</div> <div>Se ignora</div>		
DEL FALLECIDO	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <div>Área industrial (taller, fábrica u obra)</div> <div>Granja (rancho o parcela)</div> <div>Otro</div> <div>Se ignora</div>		
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</div>		
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div>22.7.1 Tipo de vialidad</div> <div>22.7.2 Nombre de la vialidad</div>		
	22.7.3 Núm. Exterior		
DEL FALLECIDO	22.7.4 Núm. Interior		
	22.7.5 Tipo de asentamiento humano		
	22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
	22.7.7 Código Postal		
DEL FALLECIDO	22.7.8 Localidad		
	22.7.9 Municipio o Alcaldía		
	22.7.10 Entidad federativa		
	23. NOMBRE <div>Angel</div> <div>Cantera</div> <div>Balderas</div>		
DEL FALLECIDO	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Esposo</div>		
	25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante</div> <div>Médico legista</div> <div>Otro médico*</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</div> <div>Autoridad civil*</div> <div>Otro*</div> <div>*Especifique</div>		
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>6311546</div> <div>Número de la cédula profesional</div>		
	27. NOMBRE <div>Adelardo</div> <div>Garrido</div> <div>Peralta</div>		
DEL FALLECIDO	28. FIRMA <div></div>		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vialidad</div> <div>29.2 Nombre de la vialidad</div> <div>29.3 Núm. Exterior</div> <div>29.4 Núm. Interior</div> <div>29.5 Tipo de asentamiento humano</div>		
	29.6 Nombre del asentamiento humano		
	29.7 Código Postal		
DEL FALLECIDO	29.8 Localidad		
	29.9 Municipio o Alcaldía		
	29.10 Entidad federativa		
	29.11 Teléfono		
DEL FALLECIDO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>27</div> <div>02</div> <div>2021</div>		
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm.</div> <div>Libro Núm.</div>		
	31.1 Acta Núm.		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>32.1 Localidad</div> <div>32.2 Municipio o Alcaldía</div> <div>32.3 Entidad federativa</div> <div>32.4 Día</div> <div>32.5 Mes</div> <div>32.6 Año</div>		

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