Modelo 2017.1

FOLIO 210841138

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): Ma. Celia Primer Apellido: Hernandez Segundo Apellido: Ascencion

2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año: 28 01 1999

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero):

5. CURP HEACC4901281CCA Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 → Especifique: Se ignora 9

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: Días: Para menores de un año: Meses: Para personas de un año o más: Años cumplidos: 72 Se ignora 9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5 En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle 10.2 Nombre de la vialidad: Independencia
10.3 Núm. Exterior: S/N 10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 10.6 Nombre del asentamiento humano: Santa Martha
10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía: Azcapotzalco 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Ciudad de México

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Ama de casa Se ignora 99
12.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9 Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Ajusco Medio
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): DFMOO0034715

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Calle 15.2 Nombre de la vialidad: Independencia
15.3 Núm. Exterior: 136 15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 15.6 Nombre del asentamiento humano: Santa Martha
15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: Azcapotzalco 15.10 Entidad federativa: Ciudad de México

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año: 24 02 2021 Horas Minutos: 05:00

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Covid sospechoso covid-19	2 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Enfermedad Pulmonar Obstructiva	10 años	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor 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

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:

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s): Jose Primer Apellido: Garcia Segundo Apellido: Hernandez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico* 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil* 5 Otro* 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 7239571

27. NOMBRE Nombre(s): Mayra Anahi Primer Apellido: Alaniz Segundo Apellido: Sanchez

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Calle 29.2 Nombre de la vialidad: Ignacio Alcocer
29.3 Núm. Exterior: 136 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Santa Maria I 29.7 Código Postal: 04430 29.8 Localidad:
29.9 Municipio o Alcaldía: Azcapotzalco 29.10 Entidad federativa: Distrito Federal 29.11 Teléfono: 55 12 19 99 86

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año: 24 02 2021

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____
31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad:
32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año:

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

210841138