

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) <div>Leona Hernández Antonio</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>28/09/1969</div> <div>Día Mes Año</div>		3. SEXO <div>Hombre <input type="radio"/>1 Mujer <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>Son Luis Potosí</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>		
	5. CURP <div>HIEAL690928MSPRNV06</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>99</div>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Sí <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>
	7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/>1 Otra <input type="radio"/>2 → Especifique</div>		
	8. EDAD CUMPLIDA <div>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: 51 Años cumplidos</div> <div>Se ignora <input type="radio"/></div>		
	9. ESTADO CONYUGAL <div>Separado(a) <input type="radio"/>6 Viudo(a) <input type="radio"/>2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/>8 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</div>		
	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 48 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad</div>		
	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <div>10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>		
	11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input type="radio"/>1 Preescolar <input type="radio"/>12 Primaria <input type="radio"/>3 Secundaria <input checked="" 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</div>		
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>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 checked="" 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</div>			
13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input type="radio"/>1 IMSS <input type="radio"/>3 PEMEX <input type="radio"/>5 SEMAR <input type="radio"/>7 IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/>2 ISSSTE <input type="radio"/>4 SEDENA <input type="radio"/>6 Otra unidad pública <input type="radio"/>8 Unidad médica privada <input type="radio"/>9</div>			
14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad</div>			
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <div>15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</div>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>10/3/04 2:02 10.1 3.2</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Sí <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>			
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <div>Sí <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2</div>			
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Devido a (o como consecuencia de) Insuficiencia Respiratoria Aguda b) Devido a (o como consecuencia de) Covid 19 c) Devido a (o como consecuencia de) Cerebrovasculares diabéticos d) Devido a (o como consecuencia de) Diabetes Mellitus tipo 2 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</div>		
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>12 horas 12 horas 2 horas 10 años</div>		
	Uso exclusivo del personal codificado <div>Código CIE</div>		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>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 después del parto o aborto <input type="radio"/>4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>5</div>		
	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <div>Sí <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2</div>		
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <div>Sí <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2</div>		
	Uso exclusivo del personal codificado <div>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</div>		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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 checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/>0 Área deportiva <input type="radio"/>3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/>2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/>5 Se ignora <input type="radio"/>9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>7 Otro <input type="radio"/>8 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</div>		
	23. NOMBRE <div>Rosendo Hernández Antonio</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hermano</div>		
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/>1 Médico legista <input type="radio"/>2 Otro médico* <input checked="" 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</div>		
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>10483362</div> <div>Número de la cédula profesional</div>		
	27. NOMBRE <div>Gonzalo Francisco Pérez Rog</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		
	28. FIRMA <div>[Firma]</div>		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>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</div>		
	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 <div>10/3/04 20.2</div> <div>Día Mes Año</div>		
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. Libro Núm.</div>		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año</div>		

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