



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210844932
210844932

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Guillermo</u> Primer Apellido <u>Enriquez</u> Segundo Apellido <u>Alvarado</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>19</u> Mes <u>8</u> Año <u>1977</u>		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) <u>Guatemala</u>	
5. CURP <u>E11091870311111111111</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique <u></u>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>24</u> Horas <u>5</u> Minutos Para menores de un día: <u>24</u> Horas <u>5</u> Minutos Para menores de un mes: <u>24</u> Días <u>5</u> Horas <u>5</u> Minutos Para menores de un año: <u>24</u> Meses <u>5</u> Años cumplidos <u>24</u>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>777090</u>		10.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u>		10.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>777090</u>		10.4 Núm. Interior <u>777090</u>		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Asentamiento humano</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Asentamiento humano</u>	
10.7 Código Postal <u>777090</u>		10.8 Localidad <u>Asentamiento humano</u>		10.9 Municipio o Alcaldía <u>Asentamiento humano</u>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Guatemala</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.2 Ocupación <u>Asentamiento humano</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>Asentamiento humano</u>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Asentamiento humano</u>	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Asentamiento humano</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u>		15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u>		15.3 Núm. Exterior <u>777090</u>	
15.4 Núm. Interior <u>777090</u>		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Asentamiento humano</u>		15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Asentamiento humano</u>		15.7 Código Postal <u>777090</u>	
15.8 Localidad <u>Asentamiento humano</u>		15.9 Municipio o Alcaldía <u>Asentamiento humano</u>		15.10 Entidad federativa <u>Guatemala</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>19</u> Mes <u>8</u> Año <u>2017</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>40</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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 a) <u>Cholera</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Cholera</u> b) <u>Cholera</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Cholera</u> c) <u>Cholera</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Cholera</u> d) <u>Cholera</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Cholera</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Cholera</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>Cholera</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>Cholera</u>		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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Asentamiento humano</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>Asentamiento humano</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Asentamiento humano</u> 22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Asentamiento humano</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>777090</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>777090</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Asentamiento humano</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Asentamiento humano</u> 22.7.7 Código Postal <u>777090</u> 22.7.8 Localidad <u>Asentamiento humano</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Asentamiento humano</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>Guatemala</u>		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Guillermo</u> Primer Apellido <u>Enriquez</u> Segundo Apellido <u>Alvarado</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Asentamiento humano</u>			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique <u>Asentamiento humano</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>Asentamiento humano</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Guillermo</u> Primer Apellido <u>Enriquez</u> Segundo Apellido <u>Alvarado</u>		28. FIRMA <u>Asentamiento humano</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u>		29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u>		29.3 Núm. Exterior <u>777090</u>		29.4 Núm. Interior <u>777090</u>	
29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Asentamiento humano</u>		29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Asentamiento humano</u>		29.7 Código Postal <u>777090</u>		29.8 Localidad <u>Asentamiento humano</u>	
29.9 Municipio o Alcaldía <u>Asentamiento humano</u>		29.10 Entidad federativa <u>Guatemala</u>		29.11 Teléfono <u>Asentamiento humano</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>19</u> Mes <u>8</u> Año <u>2017</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>Asentamiento humano</u> Libro Núm. <u>Asentamiento humano</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Asentamiento humano</u>		32.2 Fecha de registro <u>Asentamiento humano</u>		32.3 Lugar de registro <u>Asentamiento humano</u>	



210844932