



Juan Agustín
Francisco

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

210844941

210844841

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
Día 12 Mes 11 Año 1955		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9							
5. CURP				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
				Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Mexicana <input type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Años cumplidos		
		Minutos	Horas	Días	Meses				
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) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4	Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
		10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad Perito-Blanca Unidad 013							
10.3 Núm. Exterior 719900		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano 54			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) 24			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:							
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7		Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Profesional <input type="checkbox"/> 8	Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero 611 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEMAR <input type="checkbox"/> 6	SEDENA <input type="checkbox"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5	SEMAR <input type="checkbox"/> 7	Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad							
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9						18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) falla orgánica Mple.						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) Debido a (o como consecuencia de) intoxicación x órganos fosforados						Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		b) Debido a (o como consecuencia de)							
		c) Debido a (o como consecuencia de)							
		d) Debido a (o como consecuencia de)							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4		El parto <input type="checkbox"/> 2 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 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			
23. NOMBRE								24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s) Fabian		Primer Apellido Fco.		Segundo Apellido Ventura				Hijo 10840310	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4		Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		Número de la cédula profesional 10840310	
				Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Otro* <input type="checkbox"/> 8		*Especifique			
27. NOMBRE								28. FIRMA	
Nombre(s) Jorge Alberto		Primer Apellido Chavez		Segundo Apellido Contreras					
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____						Dia 11 Mes 05 Año 2021	