



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210846847

210846847

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Delgado Gutiérrez</p> <p>Nombre(s) Gutiérrez Primer Apellido Gutiérrez Segundo Apellido</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO 1990-11-19 64</p> <p>Día Mes Año</p> <p>3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Sinaloa</p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP S090164107171NSPITZL08</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique 056</p> <p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora 0 Minutos 0 Para menores de un día 0 Horas 0 Para menores de un mes 0 Días 0 Para menores de un año 0 Meses 0 Para personas de un año o más 0 Meses 0 Años cumplidos 0</p> <p>Para menores de 28 días anote:</p> <p>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 10846847</p> <p>8.2 Semanas de gestación: 38 8.3 Peso (gramos): 3000</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 7 de Agosto 1200, Col. Centro, Mazatlán, Sinaloa, 83000, México</p> <p>10.1 Tipo de vialidad Calle 10.2 Nombre de la vialidad Zacarías</p> <p>10.3 Núm. Exterior 136 10.4 Núm. Interior 000 10.5 Tipo de asentamiento humano Residencial</p> <p>10.6 Nombre del asentamiento humano Zacarías</p> <p>10.7 Código Postal 83000 10.8 Localidad Mazatlán 10.9 Municipio o Alcaldía Sinaloa 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</p> <p>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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</p> <p>IMSS <input 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</p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud SPIM 00021475 14.1 Nombre de la unidad médica Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12</p> <p>IMSS SPIM 00021475 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 136 15.1 Tipo de vialidad Calle 15.2 Nombre de la vialidad Zacarías</p> <p>15.3 Núm. Exterior 136 15.4 Núm. Interior 000 15.5 Tipo de asentamiento humano Residencial 15.6 Nombre del asentamiento humano Zacarías</p> <p>15.7 Código Postal 83000 15.8 Localidad Mazatlán 15.9 Municipio o Alcaldía Sinaloa 15.10 Entidad federativa</p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08/06/2021 17:30</p> <p>Día Mes Año Horas Minutos</p> <p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>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</p> <p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</p> <p>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja <input type="radio"/> 7</p> <p>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8</p> <p>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior 136 22.7.4 Núm. Interior 000 22.7.5 Tipo de asentamiento humano Residencial 22.7.6 Nombre del asentamiento humano Zacarías</p> <p>22.7.7 Código Postal 83000 22.7.8 Localidad Mazatlán 22.7.9 Municipio o Alcaldía Sinaloa 22.7.10 Entidad federativa</p> <p>23. NOMBRE Ezequiel Hernández Gutiérrez</p> <p>Nombre(s) Ezequiel Primer Apellido Hernández Segundo Apellido Gutiérrez</p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo</p> <p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique Número de la cédula profesional 10879537</p> <p>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p>27. NOMBRE Ezequiel Hernández Gutiérrez</p> <p>Nombre(s) Ezequiel Primer Apellido Hernández Segundo Apellido Gutiérrez</p> <p>28. FIRMA Ezequiel Hernández Gutiérrez</p> <p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</p> <p>29.1 Tipo de vialidad Calle 7 de Agosto 1200, Col. Centro, Mazatlán, Sinaloa, 83000, México</p> <p>29.2 Nombre de la vialidad Zacarías</p> <p>29.3 Núm. Exterior 136 29.4 Núm. Interior 000 29.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano Sinaloa</p> <p>29.7 Código Postal 83000 29.8 Localidad Mazatlán</p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía Sinaloa 29.10 Entidad federativa Sinaloa 29.11 Teléfono 01 744 30 13 62</p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/06/2021</p> <p>Día Mes Año</p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO</p> <p>Núm. 10879537, Libro Núm. 1</p> <p>31.1 Acta Núm. 10879537</p> <p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>32.1 Localidad Sinaloa</p> <p>32.2 Municipio o Alcaldía Sinaloa 32.3 Entidad federativa Sinaloa 32.4 Día 11 Mes 06 Año 2021</p> <p>DEL REG. CIVIL</p> <p>ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD</p>									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

210846847

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