

**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

	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) <div>Torres</div> <div>Nombre(s)</div>						Primer Apellido <div>Cortez</div>								Segundo Apellido <div>Torres</div>							350-293																																																
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <div>17</div> <div>05</div> <div>20</div> <div>10</div> <div>10</div>										3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <div>Sonora</div>																																																						
	5. CURP <div>[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]</div>										Se ignora <input type="radio"/> 99					6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 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 <div>03</div> <div>19</div>										Se ignora <input type="radio"/> 9					9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" 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																																																						
	10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <div>Lima - Calle Bolívar</div>										10.1 Tipo de vialidad										10.2 Nombre de la vialidad																																																	
	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <div>777770</div>										10.5 Tipo de asentamiento humano										10.6 Nombre del asentamiento humano																																																	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Tercera <input type="radio"/> 6 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2										11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2					12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9																																																						
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99										13.1 Número de seguridad social o afiliación																																																											
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input 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										14.1 Nombre de la unidad médica <div>Hospital General de Cd Vallarta</div>										Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99																																																	
	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)										15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad <div>Calle Bolívar</div>										15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <div>777770</div>										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 Día Mes Año Horas Minutos <div>17</div> <div>05</div> <div>20</div> <div>10</div> <div>10</div>										17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9										18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2																																																	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de) <div>Infarto agudo de miocardio</div>																				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>7 días</div>					Código CIE																																												
	b) Debido a (o como consecuencia de) <div>Negativo por COVID-19</div>																				<div>7 días</div>																																																	
	c) Debido a (o como consecuencia de) <div>Estrabismo distrofia</div>																				<div>7 días</div>																																																	
	d)																																																																					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <div>Distrofia muscular tipo 2</div>																				<div>10 años</div>																																																		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input checked="" 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										21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					Uso exclusivo del personal codificador																																																	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 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 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 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 <div>[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]</div>										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 <div>Fernando</div> <div>Nombre(s)</div>										24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Muerto</div>																																																											
	25. CERTIFICADA POR 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 _____										26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>669781</div> <div>Número de la cédula profesional</div>																																																											
	27. NOMBRE <div>Pedro</div> <div>Nombre(s)</div>										28. FIRMA <div>[Firma]</div>																																																											
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <div>Calle Bolívar</div>										29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior <div>[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]</div>										29.5 Tipo de asentamiento humano																																																	
	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 Día Mes Año <div>13</div> <div>09</div> <div>2021</div>									
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____										32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____										32.2 Municipio o Alcaldía _____										32.3 Entidad federativa _____										32.4 Día Mes Año																													
	31.1 Acta Núm. _____										32.1 Localidad _____										32.2 Municipio o Alcaldía _____										32.3 Entidad federativa _____										32.4 Día Mes Año																													
	31.1 Acta Núm. _____										32.1 Localidad _____										32.2 Municipio o Alcaldía _____										32.3 Entidad federativa _____										32.4 Día Mes Año																													
	31.1 Acta Núm. _____										32.1 Localidad _____										32.2 Municipio o Alcaldía _____										32.3 Entidad federativa _____										32.4 Día Mes Año																													



212248003