

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212248249



*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REEMPLAZAR EL FOLIO Y LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PÚBLICOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212248249

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Candelario Covajardo Nombre(s) Arguello Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
2. FECHA DE NACIMIENTO Dia <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 8. EDAD Cumplida de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> 8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/> 9. ESTADO CÓNYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad Calle <input type="radio"/> 10.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 10.4 Núm. Interior <input type="text"/> 10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia <input type="radio"/> 10.7 Código Postal <input type="text"/> 10.8 Localidad <input type="text"/> 10.9 Municipio o Alcaldía <input type="text"/> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <input type="text"/>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input 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"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="text"/>	
14. SITIO DONDE SUcedió LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input 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 médica privada <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUcedió LA DEFUNCIÓN 914 15.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 15.4 Núm. Interior <input type="text"/>		15.1 Tipo de vialidad Avenida <input type="radio"/> 15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia <input type="radio"/> 15.7 Código Postal <input type="text"/> 15.8 Localidad <input type="text"/> 15.9 Municipio o Alcaldía <input type="text"/> 15.10 Entidad federativa <input type="text"/>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15 08 2021 11:02 15.1 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN PARTE I Enfermedad, lesión o estadio 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, asfixia, etc.) a) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa significativa, pero no relacionados con la enfermedad o estadio 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) Diabetes Mellitus	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que combinaron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morbo que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="text"/>	
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 44 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 22. SI LA MUERTE FUÉ 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"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área agrícola u otra <input type="radio"/> 7 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>		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 22.7.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior <input type="text"/>		22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.7 Código Postal <input type="text"/> 22.7.8 Localidad <input type="text"/> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <input type="text"/> 22.7.10 Entidad federativa <input type="text"/>	
23. NOMBRE DEL INF.		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 Secretaría de Salud <input type="radio"/> *Especifique <input type="text"/> Número de la cédula profesional <input type="text"/>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <input type="text"/> 29.2 Nombre de la vialidad <input type="text"/> 29.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 29.4 Núm. Interior <input type="text"/> 29.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/>		28. FIRMA <input type="text"/> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 30.1 Día <input type="text"/> 30.2 Mes <input type="text"/> 30.3 Año <input type="text"/>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <input type="text"/> Libro Núm. <input type="text"/>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <input type="text"/> 32.2 Municipio o Alcaldía <input type="text"/> 32.3 Entidad federativa <input type="text"/> 32.4 Día <input type="text"/> 32.5 Mes <input type="text"/> 32.6 Año <input type="text"/>	
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 ^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD			