

910356 00265
2F19570RSECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓNModelo 2017.1
FOLIO
212248255

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-30
25
MED
27

DE LA DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212248255

1. NOMBRE DEL(FECHA DE LA) FALLECIDO(A)	Ma. Concepción González	Primer Apellido	Antonia	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	12/01/1895	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)		
5. CURP	1010101010101010	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
8. EDAD	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		
9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano				
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
12. OCUPACIÓN HABITUAL	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
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 privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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	15.08.2021	15.11.2021	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)						
PARTE I	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						
a)	COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)						
b)	Chocó colectivo Debido a (o como consecuencia de)						
c)	Debido a (o como consecuencia de)						
d)							
PARTE II	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo						
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?	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 43 días después del parto o aborto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/> No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
Accidente <input type="radio"/> Si ignora <input type="radio"/>	Si ignora <input type="radio"/>	Si ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Número de la cédula profesional		
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				22.7.2 Nombre de la vialidad		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.6 Nombre del asentamiento humano					
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano					
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
27. NOMBRE	Thelma Ruth Ramírez			Cortés	28. FIRMA		
29. DOMICILIO Y Teléfono	Residencia	Mex. 1111	Centro Villas	911	29.11 Teléfono		
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	Día Mes Año			
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad						
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año		
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 ^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE LA DEFUNCIÓN.							