



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212248322

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DEL(A) FALLECIDO(A) BLANCA ESTELA RODRIGUEZ VILLADA			
2. FECHA DE NACIMIENTO 14 03 1961	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Hidalgo	
5. CURP ROVB61031414HDLLOS		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 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 60		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	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) CERRADA VICENTE GUERRERO			
10.1 Tipo de vialidad 02		10.2 Nombre de la vialidad EL COYOL	
10.3 Núm. Exterior 42295		10.4 Núm. Interior	
10.5 Tipo de asentamiento humano EL COYOL		10.6 Nombre del asentamiento humano HIDALGO	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad CHAPULHUACAN	
10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input 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 HOSPITAL COMUNITARIO TANAZUNCHALE	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN km 6		15.1 Tipo de vialidad CARRERA LA PITAHAYA	
15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior 79960	
15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano TANAZUNCHALE	
15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal	
15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
15.10 Entidad federativa		15.11 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 04 09 2021		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	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		48hrs	
b) NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD		48hrs	
c) CASO CONFIRMADO COVID-19		48hrs	
d)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		25años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
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 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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.1 Fue un presunto		23.1 Nombre	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.2 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.3 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		23.4 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.5 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		23.6 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		23.7 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.8 Tipo de vialidad		23.8 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.9 Nombre de la vialidad		23.9 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.10 Núm. Exterior		23.10 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.11 Núm. Interior		23.11 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.12 Tipo de asentamiento humano		23.12 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.13 Nombre del asentamiento humano		23.13 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.14 Código Postal		23.14 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.15 Localidad		23.15 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.16 Municipio o Alcaldía		23.16 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
22.17 Entidad federativa		23.17 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
23.1 Nombre(s)		24.1 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
23.2 Primer Apellido		24.2 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
23.3 Segundo Apellido		24.3 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25.1 Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3		25.1 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25.2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6		25.2 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25.3 Nombre		25.3 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25.4 Nombre(s)		25.4 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25.5 Primer Apellido		25.5 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25.6 Segundo Apellido		25.6 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26. DOMICILIO y TELÉFONO		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.1 Tipo de vialidad		26.1 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.2 Nombre de la vialidad		26.2 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.3 Núm. Exterior		26.3 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.4 Núm. Interior		26.4 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.5 Tipo de asentamiento humano		26.5 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.6 Nombre del asentamiento humano		26.6 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.7 Código Postal		26.7 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.8 Localidad		26.8 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.9 Municipio o Alcaldía		26.9 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.10 Entidad federativa		26.10 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.11 Teléfono		26.11 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad	
31.2 Libro Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía	
31.3 Acta Núm.		32.3 Entidad federativa	
31.4 Libro Núm.		32.4 Día	
31.5 Acta Núm.		32.5 Mes	
31.6 Libro Núm.		32.6 Año	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD