



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212248453

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <i>Luis Manuel Mera Pina</i>		Nombre(s) <i>Luis Manuel</i> Primer Apellido <i>Mera</i> Segundo Apellido <i>Pina</i>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <i>10/8/1962</i>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP <i>MEPL62080815P2X503</i>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: Días <input type="text"/> Para menores de un año: Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: Años cumplidos <i>059</i>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/>		8.2 Semanas de gestación: <input type="text"/>	
8.3 Peso (gramos): <input type="text"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(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) <i>Calle 150</i>			
10.1 Tipo de vialidad <i>Carretera</i>		10.2 Nombre de la vialidad <i>Carretera</i>	
10.3 Núm. Exterior <i>799610</i>		10.4 Núm. Interior <input type="text"/>	
10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Carretera</i>		10.6 Nombre del asentamiento humano <i>Carretera</i>	
10.7 Código Postal <i>799610</i>		10.8 Localidad <i>Carretera</i>	
10.9 Municipio o Alcaldía <i>Carretera</i>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>Carretera</i>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Cofre</i>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="text"/>		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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 pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>			
14.1 Nombre de la unidad médica <i>H.R. 49 Caratipan</i>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <i>Carretera</i>			
15.2 Nombre de la vialidad <i>Carretera</i>		15.3 Núm. Exterior <input type="text"/>	
15.4 Núm. Interior <input type="text"/>		15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Carretera</i>	
15.6 Nombre del asentamiento humano <i>Carretera</i>		15.7 Código Postal <input type="text"/>	
15.8 Localidad <i>Carretera</i>		15.9 Municipio o Alcaldía <i>Carretera</i>	
15.10 Entidad federativa <i>Carretera</i>		15.11 Nombre del asentamiento humano <i>Carretera</i>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>16/08/2021 14:16</i>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		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) <i>COVID-19</i> Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>1 días</i>	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) <i>Diabetes Mellitus</i> Debido a (o como consecuencia de)		Uso exclusivo personal médico Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo <i>Diabetes Mellitus</i>		9 años	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <input type="text"/>	
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 <input type="text"/>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="text"/>		22.7.1 Tipo de vialidad <input type="text"/>	
22.7.2 Nombre de la vialidad <input type="text"/>		22.7.3 Núm. Exterior <input type="text"/>	
22.7.4 Núm. Interior <input type="text"/>		22.7.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/>	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>		22.7.7 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>	

