



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248454

212248454

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) | | Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | | | |
| 5. CURP FERNANDEZ HENRY FERNANDEZ | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique | | Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | |
| 8. EDAD CUMPLIDA 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 | |
| Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | 8.2 Semanas de gestación: | | 8.3 Peso (gramos): | | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 | | 10.2 Nombre de la vialidad | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) | | 10.1 Tipo de vialidad | | 10.6 Nombre del asentamiento humano | | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | | |
| 10.3 Núm. Exterior 61940 | | 10.4 Núm. Interior CAYACUAI | | 10.5 Tipo de asentamiento humano CORAZON | | 10.9 Municipio o Alcaldía | | | |
| 10.7 Código Postal | | 10.8 Localidad | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajador <input type="radio"/> 1 | | Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 | | Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8 | | Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 | | Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 | | ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 | | SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4 | | Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 6 | | Otra <input type="radio"/> 8 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 14. SITO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 | | IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 | | PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 | | SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 | | 14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN CORTADERA a San Martín | | 15.1 Tipo de vialidad CORTADERA | | 15.5 Tipo de asentamiento humano CORTADERA | | 15.9 Municipio o Alcaldía CORTADERA | | 15.2 Nombre de la vialidad San Martín | |
| 15.3 Núm. Exterior | | 15.4 Núm. Interior | | 15.6 Nombre del asentamiento humano | | 15.10 Entidad federativa | | | |
| 15.7 Código Postal | | 15.8 Localidad | | 15.11 Entidad federativa | | | | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 608 1021 12336 | | Día Mes Año | | Horas | | 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 type="radio"/> 2 | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | a) COVID | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | 15.12 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | | Uso exclusivo del personal codificador Código CIE | |
| Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | b) c) d) | | | | | | | |
| PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo | | | | | | | | | |
| 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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 | | El parto <input type="radio"/> 2 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | | El puerperio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 | | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 | | Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 | | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 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 | | 22.7.5 Tipo de asentamiento humano | | 22.7.6 Nombre del asentamiento humano | | | |