



OHIO89ND

**SECRETARÍA DE SALUD SINBA  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 407**

Modelo 2017.1  
**FOLIO**  
9932212249932212249932212249932  
**2249932**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

**\*SI LA DEFUNCION NO FUERA CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICO DEBERIA REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSSESSION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSSESSION DE SUJETOS PARTICULARES.**

50-

212249932

MUERTES ACCIDENTALES

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.  
CIVIL

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)			Sergio Guillermo Perez			Valencia		
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día Mes Año			Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP			Se ignora <input type="radio"/> 99			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	
PICMNS1234567890						Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99
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	Se ignora <input type="radio"/> 99
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	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)								
10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano	
7711								
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"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7			Primaria <input type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8	Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10	11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL
					Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
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			Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica			Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN								
15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano			15.6 Nombre del asentamiento humano	
7711								
15.7 Código Postal			15.8 Localidad			15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN								
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
20	08	2021	04	36	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			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 cardíaco, astenia, etc.)								
PARTE I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente								
a)	COVID 19							
b)	Paro respiratorio							
c)	Neumonía							
d)	Choque septico							
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa con�nizada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que pudieron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio 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:			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE								
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		
Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	Usa exclusivo del personal codificador Código CIE	
					Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (cancha o parque)		
					Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)		
					Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	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 motivo 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	
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"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4			Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5			Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		
*Especifique Número de la cédula profesional								
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO								
27. NOMBRE								
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido		
28. FIRMA								
29. DOMICILIO Y 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 Número del asentamiento humano			29.7 Código Postal			29.8 Localidad		
29.9 Municipio o Alcaldía			29.10 Entidad federativa			29.11 Teléfono		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN								
Día Mes Año								
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO								
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								
32.1 Localidad								
32.2 Municipio o Alcaldía								
32.3 Entidad federativa								
32.4 Día Mes Año								
33. ACTA NÚMERO								
34. CIVIL								