



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

EDICIÓN 2017.

212250081

DE LA DEFUNCIÓN INCLUIDA EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		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"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP LOGRS60524HSPPNG07		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
8. EDAD CUMPLIDA de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de viabilidad		10.2 Nombre de la viabilidad	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
1716101A				En unión libre <input type="radio"/> 4	
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 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input 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 type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS BIENESTAR <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		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
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 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Tipo de viabilidad		15.2 Nombre de la viabilidad	
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.7 Código Postal	
914		Fraccionamiento		Ciudad Valles	
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		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 estadio patológico que produjo la muerte directamente		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 30 min	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron algunos que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Síntoma intensivo multisistémico asociado con Covid-19 Debido a (o como consecuencia de)		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE J960	
{		c) Covid-19 Debido a (o como consecuencia de)		48 horas	
d)				11 días	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estadio morbosos que la produjeron		Diabetes Mellitus no insulinodependiente Hipertensión arterial (primaria)		El uso exclusivo del personal codificador Código CIE E119 110	
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 Se ignora <input type="radio"/> 99		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Área deportiva <input type="radio"/> 3 (granja o parcela) Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		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 comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U071	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		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 viabilidad		22.7.2 Nombre de la viabilidad	
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	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 11132634	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		*Especifique		Número de la cédula profesional 11132634	
27. NOMBRE Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Nombre del asentamiento humano 19 de Enero (Ciudad Valles)		Estrada Hervert		28. FIRMA Reconocimiento	
29.1 Tipo de viabilidad		29.2 Nombre de la viabilidad		29.3 Núm. Exterior	
29.6 Municipio o Alcaldía		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía		32.4 Día Mes Año	
31.1 Acta Núm.		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MONTAJE DEL CERTIFICADO.