



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

212251216

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 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

***SI LA DEFUNCION NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A
DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARS**

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL
INE

EL CERTIFICANTE

DEL REG
CIVIL

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)			Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>08</u> Año <u>1959</u>			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 <u>10001590824HSPNC208</u>			Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u>70</u> Minutos			Para menores de un día <u>00</u> Horas		Para menores de un mes <u>00</u> Días		Para menores de un año <u>00</u> Meses	
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 checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Núm. Exterior <u>799930</u> 10.4 Núm. Interior <u>Cerro de Tepic</u>			10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
10.7 Código Postal			10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		12. OCUPACIÓN HABITUAL Corredor	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8			Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10			SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7		Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		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 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		Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Corredor a San Martín Km 3			15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.3 Núm. Exterior <u>01097021</u> 15.4 Núm. Interior <u>0905</u>			15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
15.7 Código Postal			15.8 Localidad		15.11 Municipio o Alcaldía		15.12 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>01</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>			Horas <u>09</u> Minutos <u>05</u>		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 cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			a) <u>COVID</u> Debido a (o como consecuencia de)		17.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		18.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			b) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)		17.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		18.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)			d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos 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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.4 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		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u>			22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal			22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.11 Municipio o Alcaldía	
23. NOMBRE <u>José Antonio Martínez</u>			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		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7815063 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Otavio Miguel Faz</u>			Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA <u>Otavio Faz L.</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Carretera a San Martín Km 3			29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
29.6 Nombre del asentamiento humano Tepic			29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.4 Núm. Interior	
29.9 Municipio o Alcaldía Sinaloa Potosí			29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 01 09 2021	
31.1 Acta Núm. _____			32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día <u>01</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>	

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