

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
DEL(LE LA) FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Silvano Santos Juana							
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
SAJS500305HSPNN006		Si ☐ No ☐		Mexicana ☐ Otra ☐			
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL			
Para menores de una hora: ☐ Para menores de un día: ☐ Para menores de un mes: ☐ Para menores de un año: ☐ Para menores de un año o más: ☐		En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐		Años cumplidos:			
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐		Campesino ☐ Obrero ☐ Comerciante ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐		IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda:		Día: Mes: Año: Horas: Minutos:			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		Si ☐ No ☐		a) COVID-19			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:			
Código CIE:		El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐		22.1 Fue un presunto:			
23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:		24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR			
Acta número:		Padre ☐ Madre ☐ Hermano ☐ Esposa ☐ Otro ☐		Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FIRMA			
Si ☐ No ☐		Octavio Miguel Paz		[Firma]			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda:		Día: Mes: Año:		Núm. Libro:			
29.3 Num. Exterior: 29.4 Num. Interior:		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. Aclaración			
29.5 Tipo de asentamiento humano:		32.1 Localidad:		33.1 Aclaración:			
29.6 Nombre del asentamiento humano:		32.2 Municipio o Alcaldía:		33.2 Municipio o Alcaldía:			
29.7 Código Postal:		32.3 Entidad federativa:		33.3 Entidad federativa:			
29.8 Localidad:		32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:		32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:			
29.9 Municipio o Alcaldía:		32.7 Entidad federativa:		32.7 Entidad federativa:			
29.10 Teléfono:		32.8 Día: 32.9 Mes: 32.10 Año:		32.8 Día: 32.9 Mes: 32.10 Año:			

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