



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017-1

FOLIO

212251975

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

***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 DATOS 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

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) <u>Bentley</u> Nombre(s) _____</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/10/1957</u> Dia Mes Año</p> <p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____</p> <p>5. CURP <u>MARIB6710615MISIPILR09</u> Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____</p> <p>8. EDAD Para menores CUMPLIDA de una hora Minutos _____</p> <p>Para menores de un día Horas _____</p> <p>Para menores de un mes Días _____</p> <p>Para menores de un año Meses _____</p> <p>Para personas de un año o más Años cumplidos _____</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____</p> <p>8.2 Semanas de gestación: _____</p> <p>8.3 Peso (gramos): _____</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) _____</p> <p>10.1 Tipo de vialidad _____</p> <p>10.2 Nombre de la vialidad _____</p> <p>10.3 Núm. Exterior <u>10101010</u> 10.4 Núm. Interior <u>10101010</u></p> <p>10.5 Tipo de asentamiento humano _____</p> <p>10.6 Nombre del asentamiento humano _____</p> <p>10.7 Código Postal <u>10101010</u></p> <p>10.8 Localidad _____</p> <p>10.9 Municipio o Alcaldía _____</p> <p>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____</p> <p>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 Posgrado <input type="radio"/> 10 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL _____</p> <p>12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>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 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>13.1 Número de seguridad social o afiliación _____</p> <p>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"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9</p> <p>14.1 Nombre de la unidad médica _____</p> <p>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____</p> <p>Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____</p> <p>15.1 Tipo de vialidad _____</p> <p>15.2 Nombre de la vialidad _____</p> <p>15.3 Núm. Exterior <u>10101010</u> 15.4 Núm. Interior <u>10101010</u></p> <p>15.5 Tipo de asentamiento humano _____</p> <p>15.6 Nombre del asentamiento humano _____</p> <p>15.7 Código Postal <u>10101010</u></p> <p>15.8 Localidad _____</p> <p>15.9 Municipio o Alcaldía _____</p> <p>15.10 Entidad federativa _____</p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>15/10/2021</u> Día <u>10</u> Mes <u>2021</u> Año <u>10:00</u> Horas <u>00</u> Minutos</p> <p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>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</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</p> <p>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 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</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad _____</p> <p>22.7.2 Nombre de la vialidad _____</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior <u>10101010</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>10101010</u></p> <p>22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____</p> <p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____</p> <p>22.7.7 Código Postal <u>10101010</u></p> <p>22.7.8 Localidad _____</p> <p>22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Huautla</u></p> <p>22.7.10 Entidad federativa _____</p> <p>23. NOMBRE <u>Juan Alberto Salazar</u></p> <p>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____</p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____</p> <p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____</p> <p>27. NOMBRE _____</p> <p>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____</p> <p>28. FIRMA _____</p> <p>29. DOMICILIO y TELÉFONO</p> <p>29.1 Tipo de vialidad _____</p> <p>29.2 Nombre de la vialidad _____</p> <p>29.3 Núm. Exterior <u>10101010</u> 29.4 Núm. Interior <u>10101010</u></p> <p>29.5 Tipo de asentamiento humano _____</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano _____</p> <p>29.7 Código Postal <u>10101010</u></p> <p>29.8 Localidad _____</p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía <u>Santa María Huatulco</u></p> <p>29.10 Entidad federativa _____</p> <p>29.11 Teléfono <u>10101010</u></p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>2021</u> Año <u>2021</u></p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____</p> <p>31.1 Acta Núm. _____</p> <p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>32.1 Localidad _____</p> <p>32.2 Municipio o Alcaldía _____</p> <p>32.3 Entidad federativa _____</p> <p>32.4 Día <u>10</u> Mes <u>2021</u> Año <u>2021</u></p>									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

212251975



MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

DEL REG. CIVIL