

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO

212254874

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

* SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

212254874



1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		VICENTE		GARCIA		Primer Apellido		Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		7. NACIONALIDAD		Mexicana ☒ 01		Se ignora ☐ 09		Especifique		Se ignora ☐ 09	
2. FECHA DE NACIMIENTO		19071939		3. SEXO		Hombre ☒ 01		Mujer ☐ 02		Se ignora ☐ 09		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí ☐ 01		No ☒ 02		Se ignora ☐ 09		Otra ☐ 02 →		Años cumplidos	
5. CURP		GATV3900719HSRVC06		8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Minutos		Para menores de un día		Horas		Días		Para menores de un mes		Meses		Para personas de un año o más		Años cumplidos	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Minutos		Para menores de un día		Horas		Días		Para menores de un mes		Meses		Para personas de un año o más		Años cumplidos		82		Se ignora ☐ 09	
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		En unión libre ☐ 04		Divorciado(a) ☐ 03		Soltero(a) ☐ 01		Casado(a) ☐ 05		Se ignora ☐ 09		Especifique		Se ignora ☐ 09	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		Calle		Barrio		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna ☐ 01		Preescolar ☐ 12		Primaria ☐ 03		Secundaria ☒ 05		11.1 La escolaridad seleccionada es:		Completa ☐ 01		Incompleta ☐ 02		12. OCUPACIÓN HABITUAL		Campesino		12.1 Trabajaba		Sí ☐ 01	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna ☐ 01		ISSSTE ☐ 03		SEDENA ☐ 05		Seg. Popular / INSABI ☐ 07		Otra ☐ 08		IMSS ☒ 04		SEMAR ☐ 06		IMSS BIENESTAR ☐ 10		Se ignora ☐ 09		13.1 Número de seguridad social o afiliación		Vía pública ☐ 10	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud ☒ 04		IMSS ☐ 03		PEMEX ☐ 05		SEMAR ☐ 07		Unidad médica pública ☐ 08		Otra unidad pública ☐ 09		14.1 Nombre de la unidad médica		Hospital Comunitario Mamazichale		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Nombre de la vitalidad		14.4 Nombre de la causa de muerte	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Ejido		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		16.0 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		03122021		Año		Mes		Día		Horas		Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí ☐ 01		No ☒ 02		Se ignora ☐ 09		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.)		a) Debido a (o como consecuencia de)		b) Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo ☐ 01	
PARTE I		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de)		b) Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		Sí ☐ 01		No ☒ 02		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Sí ☐ 01		No ☒ 02	
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		a) Debido a (o como consecuencia de)		b) Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)		21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		21.5 Tipo de asentamiento humano		21.6 Nombre del asentamiento humano		21.7 Tipo de vivienda		21.8 Tipo de asentamiento humano		21.9 Tipo de vivienda	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Núm. Exterior		22.8 Núm. Interior		22.9 Tipo de vivienda		22.10 Tipo de asentamiento humano		22.11 Tipo de vivienda	
23. NOMBRE VICENTE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Hijo		25. CERTIFICADA POR		Médico tratante ☐ 01		Médico legista ☐ 02		Otro médico ☒ 03		Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04		Autoridad civil ☐ 05	
26. DOMICILIO Y TELÉFONO		Calle		Barrio		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
27. NOMBRE ROSA ELVIRA		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA		Número de la cédula profesional		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Calle		Barrio		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda		10.3 Núm. Exterior	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		031122021		Día		Mes		Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		Núm.		Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	
33.1 Acta Núm.		33.2 Acta Núm.		33.3 Acta Núm.		33.4 Acta Núm.		33.5 Acta Núm.		33.													

32.2 municipio o municipalidad	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	Mes
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD			