

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

212718068

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

212718068

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A)		VICENTE		VENANCIO		Nombre(s)		Primer Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		190711939		3. SEXO		Hombre		Mujer		Se ignora		Se ignora	
5. CURP		VEXN390719HSPNXC03		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		Se ignora		Si		No		Otra	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año		Para personas de un año o más		Especifique	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anotar el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		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	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna		Primaria		Secundaria		Tercera		Cuarta		Quinta	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna		ISSSTE		SEDENA		SEMAR		IMSS		Otra	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud		IMSS		SEDENA		SEMAR		IMSS		Otra	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Carretera		San Martín km 6.5		La Pitahaya		San Martín km 6.5		La Pitahaya		San Martín km 6.5	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18012022		22		20		10		10		10	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debida a (o como consecuencia de)		b) Neumonía Adquirida en la Comunidad		c) Caso Confirmado de Covid 19		d)		Otra	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		El embarazo		El parto		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		Accidente		Homicidio		Suicidio		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Acontecimiento que produjo la lesión		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Tipo de vivienda		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	
23. NOMBRE		Gelacio		Venancio		Rubio		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa		22.7.11 Entidad federativa	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante		Médico legista		Otro médico		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		26.1 Nombre del médico		26.2 Tipo de certificación	
27. NOMBRE		Rosa Elvira		Lara		Prozas		28. FIRMA		28.1 Nombre del profesional		28.2 Tipo de certificación	
29. DOMICILIO Y TELEFONO		Carretera		San Martín km 6.5		La Pitahaya		29.1 Tipo de vivienda		29.2 Núm. Exterior		29.3 Núm. Interior	
30. FECHA DE DEFUNCIÓN		18012022		22		20		10		10		10	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		Núm.		Libro		Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía	
31.1 Acta Núm.		31.2 Acta Núm.		31.3 Acta Núm.		31.4 Acta Núm.		31.5 Acta Núm.		31.6 Acta Núm.		31.7 Acta Núm.	

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