



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1  
FOLIO

212718137

**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 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

<b>DEL FALLECIDO</b>		1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Vicenta Hernández		Primer Apellido	Salguero	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		11 9 1947	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Hidalgo			
5. CURP		HEISV470719MHLGRLC14		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →		
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 type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)							
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		
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input 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	12. Ocupación Habitual		
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	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	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 Otra unidad médica <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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	15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		11 3 2022	11 9 40	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	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 NECRO
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		a) Neumonía adquirida en la comunidad						19.1 Debido a (o como consecuencia de)	19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I		b) Sospechoso de covid						19.3 Debido a (o como consecuencia de)	19.4 Uso exclusivo del personal código
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		c)						19.5 Debido a (o como consecuencia de)	19.6 Código
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		d)						19.7 Debido a (o como consecuencia de)	19.8 Uso exclusivo del personal código
PARTE II		e)						19.9 Debido a (o como consecuencia de)	19.10 Uso exclusivo del personal código
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		f)						19.11 Debido a (o como consecuencia de)	19.12 Uso exclusivo del personal código
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?						21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses <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	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	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?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Si <input type="radio"/> 1	Área industrial <input type="radio"/> 6	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Área deportiva <input type="radio"/> 3	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Presunto agresor	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	22.5 Oficina o taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	22.5 Oficina o taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6
22.5 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	22.6 Situación, circunstancia o motivos	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa	22.7.11 Teléfono			
23. NOMBRE		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	24.5 Hijo			
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	26.5 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA	28.5 Firma			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30.5 Día	30.6 Mes	30.7 Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día			
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día				
31.1 Acta Núm. _____		32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día				

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



212718137