



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO  
212722308

\*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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>María Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Marín</u> Segundo Apellido <u>González</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>14</u> Mes <u>02</u> Año <u>1966</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>S.L.P.</u>
5. CURP <u>MA6616602114M5ARRN509</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de 28 días ante: 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 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Ferretería</u> 10.3 Núm. Exterior <u>791020</u> 10.4 Núm. Interior <u>20</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Col. Valle</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 10.7 Código Postal <u>791020</u> 10.8 Localidad <u>Col. Valle</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Col. Valle</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación	

DE LA DEFUNCIÓN

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 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Col. Valle</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 14.4 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 14.5 Núm. Exterior <u>791090</u> 14.6 Núm. Interior <u>20</u> 14.7 Tipo de asentamiento humano <u>Col. Valle</u> 14.8 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 14.9 Código Postal <u>791090</u> 14.10 Localidad <u>Col. Valle</u> 14.11 Municipio o Alcaldía <u>Col. Valle</u> 14.12 Entidad federativa		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior <u>791090</u> 15.4 Núm. Interior <u>20</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Col. Valle</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 15.7 Código Postal <u>791090</u> 15.8 Localidad <u>Col. Valle</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Col. Valle</u> 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>31</u> Mes <u>01</u> Año <u>2022</u> Horas <u>18</u> Minutos <u>20</u>		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 PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Cirrosis Hepática</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía Viral</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Síndrome Hepato-renal</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Cirrosis Hepática</u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>DM2</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>29h</u> <u>60h</u> <u>102h</u> <u>102h</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>29h</u> <u>60h</u> <u>102h</u> <u>102h</u>		

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 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 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		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Yerno</u>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>791090</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Cirrosis Hepática</u>				
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>791090</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>20</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Col. Valle</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 22.7.7 Código Postal <u>791090</u> 22.7.8 Localidad <u>Col. Valle</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Col. Valle</u> 22.7.10 Entidad federativa						

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Benjamin</u> Primer Apellido <u>González</u> Segundo Apellido <u>Yerno</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Yerno</u>	
---	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR 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 <u>de la Unidad Médica</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>622523</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Benjamin</u> Primer Apellido <u>González</u> Segundo Apellido <u>Yerno</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior <u>791090</u> 29.4 Núm. Interior <u>20</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Col. Valle</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 29.7 Código Postal <u>791090</u> 29.8 Localidad <u>Col. Valle</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Col. Valle</u> 29.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 29.11 Teléfono <u>791090</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>31</u> Mes <u>01</u> Año <u>2022</u>	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>791090</u> , Libro Núm. <u>20</u> 31.1 Acta Núm. <u>791090</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Col. Valle</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Col. Valle</u> 32.3 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 32.4 Día <u>31</u> Mes <u>01</u> Año <u>2022</u>	
--	--	--	--

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



212722308