



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212722323

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN		1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) <i>María Angelina Mota</i> Nombre(s) 2. FECHA DE NACIMIENTO <i>29/12/1958</i> Día Mes Año 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 5. CURP <i>M0XAS58122945RILXNO4</i> <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 8. EDAD Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> Días Para menores de un año <input type="radio"/> Meses Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <i>162</i> Se ignora <input type="radio"/> 9 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 <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <i>Calle Principal</i> 10.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i> 10.2 Nombre de la vialidad <i>Av. 10 de Noviembre</i> 10.3 Núm. Exterior <i>50</i> 10.4 Núm. Interior <i>00</i> 10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Residencial</i> 10.6 Nombre del asentamiento humano <i>Av. 10 de Noviembre</i> 10.7 Código Postal <i>52000</i> 10.8 Localidad <i>Guadalajara</i> 10.9 Municipio o Alcaldía <i>Jalisco</i> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>Méjico</i> 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: <i>Completa</i> <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9 12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Hogar</i> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 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 <i>132-00-0000000000000000</i> 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 14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General de Valles</i> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <i>00000000000000000000000000000000</i> <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Calle Principal</i> 15.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i> 15.2 Nombre de la vialidad <i>Av. 10 de Noviembre</i> 15.3 Núm. Exterior <i>50</i> 15.4 Núm. Interior <i>00</i> 15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Residencial</i> 15.6 Nombre del asentamiento humano <i>Av. 10 de Noviembre</i> 15.7 Código Postal <i>52000</i> 15.8 Localidad <i>Guadalajara</i> 15.9 Municipio o Alcaldía <i>Jalisco</i> 15.10 Entidad federativa <i>Méjico</i> 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>09/12/2012 10:15</i> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <i>Sin una dificultad respiratoria aguda</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Neuropatía craneal</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i>Síndrome</i> Debido a (o como consecuencia de) d) <i>Catártica de diabetes</i> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <i>Diabetes Mellitus</i> 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <i>Diabetes Mellitus</i> Código CIE <i>J</i> 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input checked="" type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>8 días</i> 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 Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 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 22.7.3 Núm. Exterior <i>22.7.4 Núm. Interior</i> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa 23. NOMBRE <i>Catalina</i> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Madre</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 *Especifique Número de la cédula profesional <i>072634</i> 27. NOMBRE <i>Oralia</i> 28. FIRMA <i>[Firma]</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <i>Mercado</i> 29.2 Nombre de la vialidad <i>Av. 10 de Noviembre</i> 29.3 Núm. Exterior <i>50</i> 29.4 Núm. Interior <i>00</i> 29.5 Tipo de asentamiento humano <i>Residencial</i> 29.6 Nombre del asentamiento humano <i>Av. 10 de Noviembre</i> 29.7 Código Postal <i>52000</i> 29.8 Localidad <i>Guadalajara</i> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>09/02/2012</i> 29.9 Municipio o Alcaldía <i>Jalisco</i> 29.10 Entidad federativa <i>Méjico</i> 29.11 Teléfono <i>01 714 1234567</i> 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <i>1234567890</i> , Libro Núm. <i>1234567890</i> 31.1 Acta Núm. <i>1234567890</i> 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <i>Av. 10 de Noviembre</i> 32.2 Municipio o Alcaldía <i>Jalisco</i> 32.3 Entidad federativa <i>Méjico</i> 32.4 Día <i>09</i> 32.5 Mes <i>02</i> 32.6 Año <i>2012</i> 33. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD									
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUERA 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

212722323