



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

170654996

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Gabriela Hernández Rubio		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Hidalgo	
2. FECHA DE NACIMIENTO 19/10/1983		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP HIERG831019MH6RBB06		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Para menores de un año: <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: 033 Años cumplidos <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 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 delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación seleccionada es: 12.3 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la Unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 14.4 Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 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 delegación 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27/06/2017 18:05 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
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) Cetoacidosis Diabética Severa Debido a (o como consecuencia de) b) Diabetes Mellitus tipo 2 Debido a (o como consecuencia de) c) Lesión por Asfixia Debido a (o como consecuencia de) d) Lesión por Asfixia 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		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE IMSS H.R. No 44 ZARATIPAN	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 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 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE Juan Hernández Rubio 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Tío	

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

