



DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN												Modelo 2017 FOLIO 170654996			
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO															
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s) Gabriela			Primer Apellido Heindzel			Segundo Apellido Rubio						
2. FECHA DE NACIMIENTO			Día 19		Mes 10		Año 1983		3. SEXO			Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se Ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Hidalgo	
5. CURP			HIEZB3101983H6RBB06			Se Ignora <input type="radio"/> 99			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se Ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se Ignora <input type="radio"/> 99	
8. EDAD.			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		033	Años cumplidos	
CUMPLIDA			Minutos		Horas		Días		Meses				Especifique		
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:												8.2 Semanas de gestación:			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote 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									
Carrizal del Sotano		Chapalacon				Hidalgo									
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												12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1		Preescolar <input type="radio"/> 12		Primaria <input checked="" type="radio"/> 3		Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input checked="" type="radio"/> 1		La escolaridad seleccionada es: Incompleta <input type="radio"/> 2		Ana de las <input type="radio"/> 99			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Profesional <input type="radio"/> 8		Posgrado <input type="radio"/> 10		Se Ignora <input type="radio"/> 99						Se Ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD												12.1 Trabajaba			
Ninguna <input type="radio"/> 1		ISSSTE <input type="radio"/> 3		SEDENA <input type="radio"/> 5		Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 8		Otra <input type="radio"/> 8		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
IMSS <input type="radio"/> 2		PEMEX <input type="radio"/> 4		SEMAR <input type="radio"/> 6		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Se Ignora <input type="radio"/> 99							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN												14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		IMSS <input type="radio"/> 3		PEMEX <input type="radio"/> 5		SEMAR <input type="radio"/> 7		Hospital Civil N.º 94.		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12					
IMSS PROSPERA <input checked="" 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		Hogar <input type="radio"/> 11 Se Ignora <input type="radio"/> 99					
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									
Zacatlán				Tamazunchale San Luis Potosí											
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN												17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día 23		Mes 06		Año 2017		Horas 11		Minutos 805		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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.)												15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente												17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
a) Cefalicardia Diabética Seca												Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
b) Diabetes Mellitus tipo 2															
c) Debido a (o como consecuencia de)															
d) 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 morboso que la produjo												Israel Ramírez Asada			
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?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:												Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5									
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4															
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE												22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor, con el(a) fallecido(a)	
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												Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?												Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8		Granja <input type="radio"/> 7 Se Ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:												22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en qué se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio												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												24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s) Juan Heindzel Rubio															

IMSS
HR NO 44

