



Santos Victoria
Martinez
Silvestre

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

50

210844922

210844922

356-176

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)				Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	124
Día <u>78</u>	Mes <u>01</u>	Año <u>1962</u>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP MAES 900728 HSP ALN 02				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD
				99	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA		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
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos <u>30</u>
Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)						
10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad
						Benito Juárez
10.7 Código Postal				10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD				11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input checked="" type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	Completa <input checked="" type="radio"/>	Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>
Bachillerato <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Postrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	Soltero(a) <input type="radio"/>	Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				Otra <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	161 Se ignora <input type="radio"/>
Ninguna <input checked="" type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>	
IMSS <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otro lugar <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"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/>	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN						
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad		
15.7 Código Postal				15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN						
Día <u>22</u>	Mes <u>04</u>	Año <u>21</u>	Horas <u>20</u>	Minutos <u>00</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
					Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
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)	Debido a (o como consecuencia de)	<i>Encefalopatía lestebral postparto</i>				
b)	Debido a (o como consecuencia de)	<i>neuroinfección, infección oportunista adquirida</i>				
c)	Debido a (o como consecuencia de)	<i>VIH</i>				
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 morbo que la produjo						
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"/>	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE						
22.1 Fue un presunto Accidente <input checked="" type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
Homicidio <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/>			
Suicidio <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera (ranchos o parcela) <input type="radio"/>	Granja <input type="radio"/>			
Se ignora <input type="radio"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>			
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 Anote 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 Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa
23. NOMBRE						
Nombre(s)	Primer Apellido <u>Raines</u>	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
25. CERTIFICADA POR				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Médico tratante <input checked="" type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/>	Número de la cédula profesional			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>	28. FIRMA			
*Especifique				<i>11934916</i>		
27. NOMBRE						
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. 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	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día <u>12</u>	Mes <u>04</u>	Año <u>2012</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO						
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
33. CATEGORÍA						