



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170146557

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		MARCO ANTONIO GUTIERREZ		ANTONIO					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO						
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	TIJUEPEC OAXACA			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD				
GUAM1711012H0CTNR05		Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos			
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/>	Casado(a) <input checked="" type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		En unión libre <input type="radio"/>	Divorciado(a) <input type="radio"/>	Soltero(a) <input type="radio"/>			
50		CALLE COLONIA		TRINIDAD	10.2 Nombre de la vialidad				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		SAN LORENZO XICOTENCATL		10.6 Nombre del asentamiento humano			
09130	Iztapalapa	TIZAPALAPA	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	Ciudad de México			
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		C 2731494		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input checked="" type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input checked="" type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Otro <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"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input checked="" type="radio"/>	Seguro Popular <input 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"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		HOSPITAL MILITAR DE ZONA EL VERGEL			Via pública <input type="radio"/>	Otro lugar <input checked="" type="radio"/>			
Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	D F S D N O 0 0 0 0 1 6	14.1 Nombre de la unidad médica			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input checked="" type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		AVENIDA CANAL DE GARAY			15.2 Nombre de la vialidad				
100	COLONIA	IZTA PALAPA	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	EL VERGEL				
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o delegación	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa				
09880	Iztapalapa	Iztapalapa	Ciudad de México						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		12 17 2020 04 52			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		PARO RESPIRATORIO			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador			
PARTE I		Debido a (o como consecuencia de)			60 MINUTOS	Código CIE			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica									
b) EFECTO TOXICO DE DISOLVENTES ORGÁNICOS		Debido a (o como consecuencia de)							
c)		Debido a (o como consecuencia de)							
d)									
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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Código CIE			
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 type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			Área industrial <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/>	(taller, fábrica u oficina)	Granja <input type="radio"/>				
Accidente <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera <input type="radio"/>	(vía pública) <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>					
Suicidio <input type="radio"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	de servicio <input type="radio"/>	Se ignora <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 delegación	22.7.10 Entidad federativa						
23. NOMBRE		AVILES	TORRES	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	ESPOSA					
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico tratante <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/>	6124014			Número de la cédula profesional			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>							
27. NOMBRE		28. FIRMA							
CHRISTIAN IVAN PERAZA	CASTRO								
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		AVENIDA CANAL DE GARAY	100	29.10 Entidad federativa	COLONIA	29.9 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	29.12 Día	29.13 Mes	29.14 Año			
EL VERGEL	109880	Iztapalapa	5555412612538						
IZTA PALAPA	Ciudad de México								
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año			
31.1 Acta Núm. _____									

170146557