Modelo 2017
FOLIO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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 POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) — Nombre(s): Noel; Primer Apellido: Botanzos; Segundo Apellido: Torres

2. FECHA DE NACIMIENTO — Día 14 Mes 09 Año 1985

3. SEXO — Hombre (X)1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO — Comitan Chiapas. (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP — BETN850904HCSPLH01 — Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? — Si ○1 No (X)2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD — Mexicana (X)1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

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: 35 Años cumplidos — Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL — Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre (X)4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad: Calle — 10.2 Nombre de la vialidad: Torreón

10.3 Núm. Exterior: 25 — 10.4 Núm. Interior: — 10.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Solidaridad comiteca.

10.7 Código Postal: 30068 — 10.8 Localidad: Comitan de Dominguez — 10.9 Municipio o delegación: Comitán — 10.10 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero): Chiapas.

11. ESCOLARIDAD — Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria (X)7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (X)1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL — Secretario — Se ignora ○99

12.1 Trabajaba: Sí (X)1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD — Ninguna (X)1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN — Secretaría de Salud (X)1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9

14.1 Nombre de la unidad médica — 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) — Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad: Calle — 15.2 Nombre de la vialidad: Novena

15.3 Núm. Exterior: 11 — 15.4 Núm. Interior: — 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Frente Hidalgo

15.7 Código Postal: 30029 — 15.8 Localidad: Comitán — 15.9 Municipio o delegación: Comitán — 15.10 Entidad federativa: Chiapas.

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN — Día 20 Mes 09 Año 2020 — Horas 19 Minutos 30

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? — Sí (X)1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? — Sí (X)1 No ○2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente — a)	Muerte cerebral	1 día	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica — b) Debido a (o como consecuencia de)	Traumatismo craneoencefalico	1 día	
c) Debido a (o como consecuencia de)	Accidente automovilistico	1 día	
d)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Hipertension arterial	3 años	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente (X)1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No (X)2 Se ignora ○9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) (X)4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 0022

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: El hoy occiso viajaba en su vehiculo a exceso de velocidad por lo que al impactarse con otro vehiculo, salio proyectado sobre la cinta asfaltica

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad: Bolevar — 22.7.2 Nombre de la vialidad: Dr. Belisario Dominguez Sur

22.7.3 Núm. Exterior: S/N — 22.7.4 Núm. Interior: — 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: Chichima Guadalupe

22.7.7 Código Postal: 30016 — 22.7.8 Localidad: Comitán — 22.7.9 Municipio o delegación: Comitán — 22.7.10 Entidad federativa: Chiapas.

DEL INF.

23. NOMBRE: María (Nombre(s)) González (Primer Apellido) Vázquez (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Conyugue

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR — Médico tratante ○1 Médico legista (X)2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — 23456 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE: Thania Guadalupe (Nombre(s)) López (Primer Apellido) Guillén (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO

29.1 Tipo de vialidad: Calle — 29.2 Nombre de la vialidad: 10 calle sur poniente — 29.3 Núm. Exterior: 13 — 29.4 Núm. Interior: — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia

29.6 Nombre del asentamiento humano: La Pileta — 29.7 Código Postal: 30029 — 29.8 Localidad: Comitan

29.9 Municipio o delegación: Comitán — 29.10 Entidad federativa: Chiapas — 29.11 Teléfono: 9163161161

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN — Día 20 Mes 09 Año 2020

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO — Núm. 001 Libro Núm. 002 — 31.1 Acta Núm. 3341

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad: Comitan de Dominguez — 32.2 Municipio o delegación: Comitán — 32.3 Entidad federativa: Chiapas — 32.4 Día 24 Mes 09 Año 2020

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD