



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Marzo 2017
FOLIO

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 GOBIERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) John Winston Ono Primer Apellido		Apellido Lennon Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 09 10 1940		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Liverpool (si nació en el extranjero)		5. CURP DALEDO1080NGOLLS89	
6. HABLADA ALGUNA LENGUA INDÍGENA Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> Británica Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: _____ Horas: _____ Para menores de un día: Horas: _____ Minutos: _____ Para menores de un mes: Días: _____ Semanas de gestación: _____ Para menores de un año: Meses: _____ Años cumplidos: 40 Para personas de un año o más: Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separación <input type="radio"/> Viudez <input type="radio"/> Casado <input checked="" type="radio"/> Diversión <input type="radio"/> Concubino <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Año de domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Entidad Federativa 5 de mayo			
10.3 Núm. Exterior: 46		10.4 Núm. Interior: 2	
10.5 Tipo de asentamiento humano: 1215120		10.6 Localidad: Pichucalco	
10.7 Código Postal: 215120		10.8 Localidad: Entidad Federativa	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		11.1 La entidad seleccionada es: Archiá	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		12.1 Ocupación habitual: Archiá	
13. 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 type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input checked="" type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación: Roosevelt Hospital	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de vitalidad: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
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 Día Mes Año 08 11 21 9:30		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 PRACTICÓ 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: para caídas, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Disparos Debido a (o como consecuencia de): b) Balas de arma de fuego Debido a (o como consecuencia de): c) Perforación por balas Debido a (o como consecuencia de): d) _____ PARTE II Otros estados patológicos agudos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 20.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ 20.2 Causa básica de defunción: _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> Campesino (rancho o parcelas) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Familiar		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: Edificio Dakota, New York Por Arma de Fuego		22.7.1 Tipo de vitalidad: _____ 22.7.2 Nombre de la vitalidad: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: 36 22.7.4 Núm. Interior: 6 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 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 1024021	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		28. FIRMA García	
27. NOMBRE Nombre(s) Aleandra		29.4 Núm. Exterior: 48 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vitalidad: _____ 29.2 Nombre de la vitalidad: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 215120 29.6 Localidad: Entidad Federativa 29.7 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 23 10 9 2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 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. _____		32.7 Municipio o delegación: _____ 32.8 Entidad federativa: _____ 32.9 Día: _____ 32.10 Mes: _____ 32.11 Año: _____	

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