



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

150669174

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Carolina</u> Apellido paterno <u>Amador</u> Apellido materno <u>Cirto</u>		3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 99		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 99	
2. CURP <u>AMADOC3303112M220112P00</u>		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 99		6. PESO <u>45</u> Kilogramos <u>150</u> Gramos	
7. TALLA <u>1.45</u> Metros <u>115</u> Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/03/1982</u> Día Mes Año			
9. 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 <u>32</u> Se ignora ☐ 99		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 05 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☒ 01 Casado(a) ☐ 06 Se ignora ☐ 99			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>213</u> 11.2 Colonia <u>San Andrés</u> 11.3 Localidad <u>San Andrés</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Andrés</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☒ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10				13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99				14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2102039359-1</u>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08				15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de San Andrés</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>2102039359-1</u> Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>213</u> 16.2 Colonia <u>San Andrés</u> 16.3 Localidad <u>San Andrés</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Andrés</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Andrés</u>					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12/03/2015</u> <u>18:11</u> Día Mes Año Horas Minutos				18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 99	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02				20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Falla orgánica múltiple</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Neumonía por neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Reactivación de tuberculosis</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida</u> <u>Insuficiencia hepática</u>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U09.0</u>				22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 22.1.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☒ 02				22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 03 Área deportiva ☐ 04 Calle o carretera (vía pública) ☐ 05 Área comercial o de servicios ☐ 06 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? Hija ☐ 01				23.4.1 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? Hija ☐ 01	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>12/03/2015</u>					
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u>213</u> 23.7.2 Colonia <u>San Andrés</u> 23.7.3 Localidad <u>San Andrés</u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>San Andrés</u> 23.7.5 Entidad federativa <u>San Andrés</u>					
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Carolina</u> Apellido paterno <u>Amador</u> Apellido materno <u>Cirto</u>				25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08				27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>111111</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Valeria</u> Apellido paterno <u>Esteban</u> Apellido materno <u>Arturo</u>				29. TELÉFONO <u>322 0100</u>	
30. DOMICILIO <u>Polígono Industrial de San Andrés</u>				31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13/03/2015</u> Día Mes Año				33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Módulo <u>1</u> Libro <u>4555</u>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>San Andrés</u>					



150669174