



SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

150681062

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		CECILIA JERONIMO GARCIA		Apellido materno	
Nombre(s)		Apellido paterno			
2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
JIE6C690909MSPRICO5 Se ignora O ₉₉		Hombre O ₁	Mujer O ₂	Mexicana O ₁	Otra O ₂ Se ignora O ₉
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	
Sí O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉		56 Kilogramos		1.55 Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO		9. EDAD		10. ESTADO CONYUGAL	
09 09 1969 Día Mes Año		CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		11. RESIDENCIA HABITUAL		12. ESCOLARIDAD	
JONQUITUD BARRIOS 76		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Ninguna O ₁ Primaria incompleta O ₂ Secundaria incompleta O ₄ Bachillerato o preparatoria incompleta O ₁₁ Profesional O ₇ Se ignora O ₉₉	13. OCUPACIÓN HABITUAL
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		Preescolar O ₁₂ Primaria completa O ₃ Secundaria completa O ₅ Bachillerato o preparatoria completa O ₆ Posgrado O ₁₀	AL HOGAR Se ignora O ₉₉
MATLAPA		11.4 Municipio o delegación		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	14.1 Número de seguridad social o afiliación
				Ninguna O ₁ ISSSTE O ₃ SEDENA O ₅ Seguro Popular O ₈ Otra O ₈ IMSS O ₂ PEMEX O ₄ SEMAR O ₆ IMSS Oportunidades O ₁₀ Se ignora O ₉₉	2410854622
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
Secretaría de Salud O ₁ IMSS O ₃ PEMEX O ₅ SEMAR O ₇ Unidad médica privada O ₉		CALLE JONQUITUD BARRIOS 76		16.1 Calle y número	
IMSS Oportunidades O ₂ ISSSTE O ₄ SEDENA O ₆ Otra unidad pública O ₈		MATLAPA		16.2 Colonia	
				16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación				16.5 Entidad federativa	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	
Sí O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉		Sí O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉		PARTE I 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		a) SHOCK HIPOVOLÉMICO Debido a (o como consecuencia de)		a) SHOCK HIPOVOLÉMICO Debido a (o como consecuencia de)	
{		b) ANEMIA SEVERA Debido a (o como consecuencia de)		b) ANEMIA SEVERA Debido a (o como consecuencia de)	
{		c) SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO Debido a (o como consecuencia de)		c) SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO Debido a (o como consecuencia de)	
{		d) CANCER DE PANCREAS		d) CANCER DE PANCREAS	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo O ₁ 43 días a 11 meses O ₄		El parto O ₂ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O ₅		Sí O ₁ No O ₂	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto Accidente O ₁ Homicidio O ₂ Suicidio O ₃ Se ignora O ₉		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉		Área industrial (taller, fábrica u oficina) O ₆ Granja (rancho o parcela) O ₇ Calle o carretera (vía pública) O ₄ Otro O ₈ Área comercial o de servicios O ₅ Se ignora O ₉	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		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	
				23.7.2 Colonia	
				23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación				23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE		Francisco Garcia Epitacio		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		28. NOMBRE	
Médico tratante O ₁ Médico legista O ₂ Otro médico O ₃		Personas autorizada por la Secretaría de Salud O ₄ Autoridad civil O ₅ Otro O ₈		Horacio Bautista Aguilera	
30. DOMICILIO		31. FIRMA		29. Teléfono	
CALLE SAN JUAN #46, SAN MIGUEL.		(Firma)		7771729603	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Núm. 01 Libro Núm. 05		34.1 Localidad		28 09 2015 Día Mes Año	
33.1 Acta Núm. 00091		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa	
				34.4 Día Mes Año	

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