

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

2993 FOLIO 160614851

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

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Isai Romero Zuniga Nombre(s)Apellido paternoApellido materno		
	2. CURP 		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐
	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐
	6. PESO 60 Kilogramos Gramos		7. TALLA 1.60 Metros Centímetros
DE LA DEFUNCIÓN	8. FECHA DE NACIMIENTO 21/03/2013 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		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
DE LA DEFUNCIÓN	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐		
	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI ☐ No ☐ Se ignora ☐		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 18/02/2016 02:31 Día Mes Año Horas Minutos		
	18. ¿FUE ATENDIDO MÉDICO DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☒ Se ignora ☐		
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ☐ No ☐		
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Desequilibrio hidroelectrolítico b) Diabetes Insipidat c) Insuficiencia Renal crónica d) Desnutrición crónica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Neumonía intrahospitalaria		
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área agrícola ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐ 23.4 ¿Qué parentesco tenía al presunto agresor con el(la) fallecido(a)? 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Descripción de 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		
DEL INF.	24. NOMBRE Isai Romero Zuniga Nombre(s)Apellido paternoApellido materno		
	25. ¿FUE ATENDIDO MÉDICO DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☒ Se ignora ☐		
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Isai Romero Zuniga Nombre(s)Apellido paternoApellido materno		
	29. TELÉFONO 		
	30. DOMICILIO 30.1 Calle y número 30.2 Colonia 30.3 Localidad 30.4 Municipio o delegación 30.5 Entidad federativa		
	31. FECHA DE CERTIFICACIÓN 18/02/2016 Día Mes Año		
REG. CIVIL	32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 		
	33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 33.1 Calle y número 33.2 Colonia 33.3 Localidad 33.4 Municipio o delegación 33.5 Entidad federativa		



160614851