



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES DEL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

160617922

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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

160617922

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
		MÁXIMO HERNÁNDEZ		MEXICANA		HOMBRE		MEXICANA	
DEL FALLECIDO		5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
		Se ignora		Kilogramos Gramos		Metros Centímetros		Día Mes Año	
DEL FALLECIDO		9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA		12. ESCOLARIDAD	
		Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año		En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Ninguna Primaria incompleta Primaria completa	
DEL FALLECIDO		11. RESIDENCIA		12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN		14. AFILIACIÓN	
		IGNACIO ZARAGOZA S/N.		Ninguna Preescolar		Trabajaba		Ninguna IMSS	
DEL FALLECIDO		15. SITIO DE OCURRENCIA		16. DOMICILIO DEL FALLECIDO		17. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN?	
		Secretaría de Salud IMSS		CARRITERA LAREDO KM 7 CIUDAD VALLES		23 05 2016		Sí No	
DEL FALLECIDO		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. ¿QUÉ PARENTESCO TENÍA EL PRESUNTO AGRESOR CON EL(LA) FALLECIDO(A)?	
		Sí No		INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE		4 DÍAS		23. ¿QUÉ PARENTESCO TENÍA EL PRESUNTO AGRESOR CON EL(LA) FALLECIDO(A)?	
DEL FALLECIDO		23. ¿LA MUERTE FUE O VIOLENTA, ESPONTÁNEA O ACCIDENTAL?		24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26. CERTIFICACIÓN	
		Accidente		JORGITA FLORES HERNÁNDEZ		ESPOSA		Médico	
DEL FALLECIDO		27. SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE, ANOTE EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN		28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		29. TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		23.7.1 Calle 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación		BERTO GUTIERREZ GONZALEZ		483		23 02 2016	
DEL FALLECIDO		31. FIRMA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
		Jorge Gutierrez		34.1 Localidad		SECRETARÍA DE SALUD		34.1 Localidad	