



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

Modelo 2017
FOLIO

170851563

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.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Victor</u> Nombre(s) <u>Hernandez</u> Primer Apellido <u>Sau Luis Porosi</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>06/03/1944</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Sau Luis Porosi</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	8. 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>72</u>
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>282</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>Barrio Huazuluc</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>282</u> 10.3 Núm. Exterior <u>799995</u> 10.4 Núm. Interior <u>799995</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>TEZAPOTLA</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>TAMAZUNCHALE</u> 10.7 Código Postal <u>TEZAPOTLA</u> 10.8 Localidad <u>TAMAZUNCHALE</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Sau Luis Porosi</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornero <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 OMS <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2406341573</u>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 OMS <input type="radio"/> 9 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Nombre de la unidad médica <u>TEZAPOTLA</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>TEZAPOTLA</u>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Barrio Huazuluc</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>282</u> 15.3 Núm. Exterior <u>799995</u> 15.4 Núm. Interior <u>799995</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>TEZAPOTLA</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>TAMAZUNCHALE</u> 15.7 Código Postal <u>TEZAPOTLA</u> 15.8 Localidad <u>TAMAZUNCHALE</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Sau Luis Porosi</u> 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <u>17/02/2017 09:00</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>PARO CARDIORESPIRATORIO</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>EPOC</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>TUBERCULOSIS PULMONAR</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>20 DÍAS</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>5 días</u> Código CIE <u>1</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>1 mes</u> Código CIE <u>20 DÍAS</u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>1</u>	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Se ignora</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u> 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>TEZAPOTLA</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>TEZAPOTLA</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>799995</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>799995</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>TEZAPOTLA</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>TAMAZUNCHALE</u> 22.7.7 Código Postal <u>TEZAPOTLA</u> 22.7.8 Localidad <u>TAMAZUNCHALE</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>Sau Luis Porosi</u> 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Nicolas</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Antonio</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>9788496</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Marina Quiñ</u> Primer Apellido <u>Del Rio</u> Segundo Apellido <u>Reyes</u>	28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>TEZAPOTLA</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>TEZAPOTLA</u> 29.3 Núm. Exterior <u>799995</u> 29.4 Núm. Interior <u>799995</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>TEZAPOTLA</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>TAMAZUNCHALE</u> 29.7 Código Postal <u>TEZAPOTLA</u> 29.8 Localidad <u>TAMAZUNCHALE</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Sau Luis Porosi</u> 29.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 29.11 Teléfono <u>21022017</u>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>17/02/2017</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>02</u> Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>00012</u>	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>TEZAPOTLA</u> 32.2 Municipio o delegación <u>TAMAZUNCHALE</u> 32.3 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 32.4 Día Mes Año <u>17/02/2017</u>

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