



ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>DAVID</u> Primer Apellido <u>HERNANDEZ</u> Segundo Apellido <u>SANCHEZ</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>14</u> Mes <u>12</u> Año <u>1974</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Estado de México</u>
5. CURP <u>DAH5014914219741400000</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se <input type="radio"/> ignora <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u>14</u> Para menores de un día <u>14</u> Para menores de un mes <u>14</u> Para menores de un año <u>14</u> Para personas de un año o más <u>45</u> Años cumplidos <u>45</u> Se ignora <input type="radio"/>	8.2 Semanas de gestación: <u>38</u> 8.3 Peso (gramos): <u>3400</u>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (e) <u>10.1 Tipo de vivienda</u> <u>10.2 Nombre de la vivienda</u>		
10.3 Núm. Exterior <u>10</u> Núm. Interior <u>105</u> Tipo de asentamiento humano <u>10.5</u>	10.4 Núm. Exterior <u>10</u> Núm. Interior <u>105</u> Tipo de asentamiento humano <u>10.5</u>	10.6 Nombre del asentamiento humano <u>10.6</u>
10.7 Código Postal <u>06600</u> 10.8 Localidad <u>Guadalupe</u>	10.9 Municipio o delegación <u>Guadalupe</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Estado de México</u>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> 11.2 Trabajaba <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Unidad Médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u>	13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2011746</u>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior <u>15</u> Núm. Interior <u>154</u> Tipo de asentamiento humano <u>15.5</u>	15.4 Núm. Exterior <u>15</u> Núm. Interior <u>154</u> Tipo de asentamiento humano <u>15.5</u>	15.6 Nombre del asentamiento humano <u>15.6</u>
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>22</u> Mes <u>05</u> Año <u>2018</u> Horas <u>16</u> Minutos <u>30</u>	15.7 Código Postal <u>06600</u> 15.8 Localidad <u>Guadalupe</u>	15.9 Municipio o delegación <u>Guadalupe</u> 15.10 Entidad federativa <u>Estado de México</u>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) a) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u></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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.2 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6</u> Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
22.3 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>22.7.1 Tipo de vivienda</u> <u>22.7.2 Nombre de la vivienda</u>		
22.7.3 Núm. Exterior <u>22</u> Núm. Interior <u>74</u> Tipo de asentamiento humano <u>22.7.5</u>		
22.7.4 Núm. Exterior <u>22</u> Núm. Interior <u>74</u> Tipo de asentamiento humano <u>22.7.5</u>		
22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>22.7.6</u>		
22.7.7 Código Postal <u>06600</u> 22.7.8 Localidad <u>Guadalupe</u>		
22.7.9 Municipio o delegación <u>Guadalupe</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>Estado de México</u>		
23. NOMBRE Nombre(s) <u>DAVID</u> Primer Apellido <u>HERNANDEZ</u> Segundo Apellido <u>SANCHEZ</u>		
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>6628535</u>		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>DAVID</u> Primer Apellido <u>HERNANDEZ</u> Segundo Apellido <u>SANCHEZ</u>		
28. FIRMA		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>29.2</u> Nombre de la vivienda <u>29.3</u> Núm. Exterior <u>29</u> Núm. Interior <u>105</u> Tipo de asentamiento humano <u>29.5</u>		
29.4 Núm. Exterior <u>29</u> Núm. Interior <u>105</u> Tipo de asentamiento humano <u>29.5</u>		
29.5 Tipo de asentamiento humano <u>29.5</u>		
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>29.6</u>		
29.7 Código Postal <u>06600</u> 29.8 Localidad <u>Guadalupe</u>		
29.9 Municipio o delegación <u>Guadalupe</u> 29.10 Entidad federativa <u>Estado de México</u>		
29.11 Teléfono <u>29.11</u>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>22</u> Mes <u>05</u> Año <u>2018</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>31</u> Libro Núm. <u>1</u>		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Guadalupe</u> 32.2 Municipio o delegación <u>Guadalupe</u> 32.3 Entidad federativa <u>Estado de México</u>		
32.4 Día <u>22</u> Mes <u>05</u> Año <u>2018</u>		

*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 15 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

180653026

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD