



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

180656975 40

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

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ambrosio Lozano Gonzalez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>05/12/1945</u> Día Mes Año	
	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Adongo</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
DEL FALLECIDO	5. CURP <u>L05A451207MH9ZU404</u> Se ignora <input type="radio"/>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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>22</u> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>SIN</u> 10.1 Tipo de vitalidad 10.2 Nombre de la vitalidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>CARPINTERO</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	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 checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>11644531393</u>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Nombre de la unidad médica 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.5 Nombre de la unidad médica 14.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.7 Nombre de la unidad médica 14.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.9 Nombre de la unidad médica 14.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.11 Nombre de la unidad médica 14.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.13 Nombre de la unidad médica 14.14 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.15 Nombre de la unidad médica 14.16 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.17 Nombre de la unidad médica 14.18 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.19 Nombre de la unidad médica 14.20 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.21 Nombre de la unidad médica 14.22 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.23 Nombre de la unidad médica 14.24 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.25 Nombre de la unidad médica 14.26 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.27 Nombre de la unidad médica 14.28 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.29 Nombre de la unidad médica 14.30 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.31 Nombre de la unidad médica 14.32 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.33 Nombre de la unidad médica 14.34 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.35 Nombre de la unidad médica 14.36 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.37 Nombre de la unidad médica 14.38 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.39 Nombre de la unidad médica 14.40 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.41 Nombre de la unidad médica 14.42 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.43 Nombre de la unidad médica 14.44 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.45 Nombre de la unidad médica 14.46 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.47 Nombre de la unidad médica 14.48 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.49 Nombre de la unidad médica 14.50 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.51 Nombre de la unidad médica 14.52 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.53 Nombre de la unidad médica 14.54 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.55 Nombre de la unidad médica 14.56 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.57 Nombre de la unidad médica 14.58 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.59 Nombre de la unidad médica 14.60 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.61 Nombre de la unidad médica 14.62 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.63 Nombre de la unidad médica 14.64 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.65 Nombre de la unidad médica 14.66 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.67 Nombre de la unidad médica 14.68 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.69 Nombre de la unidad médica 14.70 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.71 Nombre de la unidad médica 14.72 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.73 Nombre de la unidad médica 14.74 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.75 Nombre de la unidad médica 14.76 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.77 Nombre de la unidad médica 14.78 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.79 Nombre de la unidad médica 14.80 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.81 Nombre de la unidad médica 14.82 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.83 Nombre de la unidad médica 14.84 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.85 Nombre de la unidad médica 14.86 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.87 Nombre de la unidad médica 14.88 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.89 Nombre de la unidad médica 14.90 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.91 Nombre de la unidad médica 14.92 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.93 Nombre de la unidad médica 14.94 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.95 Nombre de la unidad médica 14.96 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.97 Nombre de la unidad médica 14.98 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.99 Nombre de la unidad médica 15.00 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vitalidad 15.2 Nombre de la vitalidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>06/04/2018</u> Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Tuberculosis Pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>2 muer.</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"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <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"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) <u>1</u>	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
DEL INF.	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vitalidad 22.7.2 Nombre de la vitalidad 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa	
	23. NOMBRE <u>DOMICIO LOZANO NAVA</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique	
DEL CERTIFICANTE	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3239999</u> Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE <u>EDY BENITO LUIS BARRERA PÉREZ</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vitalidad 29.2 Nombre de la vitalidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa	
DEL CERTIFICANTE	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>09/04/2018</u>	