



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

190662407

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

Y VIOLENTAS

DEL VIVIENTE

CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Julio Cesar</u> <u>Reyes</u> <u>Sanchez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>22</u> <u>04</u> <u>1966</u> Día Mes Año	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)		
5. CURP <u>RESJ660422HVZYNL09</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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: <u>  </u> Minutos Para menores de un día: <u>  </u> Horas Para menores de un mes: <u>  </u> Días Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>  </u> 8.2 Semanas de gestación: <u>  </u> 8.3 Peso (gramos): <u>  </u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Circuito</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>San Jorge</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>718433</u> 10.4 Núm. Interior: <u>  </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fraccionamiento</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Santo Tomás</u> 10.7 Código Postal: <u>Soledad</u> 10.8 Localidad: <u>Graciano Sanchez</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>S.L.P.</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>  </u>				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>  </u> Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>hoyablenca</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
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 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>2412067071</u>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>  </u> Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> 15.3 Núm. Exterior: <u>  </u> 15.4 Núm. Interior: <u>  </u> 15.5 Tipo de vivienda: <u>Prolongación</u> 15.6 Nombre de la vivienda: <u>Valentin Amador</u> 15.7 Código Postal: <u>Soledad</u> 15.8 Localidad: <u>Colonias</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>Graciano Sanchez</u> 15.10 Entidad federativa: <u>S.L.P.</u>				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>08</u> <u>02</u> <u>2019</u> <u>07</u> <u>40</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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>Neumonía Atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> b) <u>  </u> Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> c) <u>  </u> Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> d) <u>  </u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PM 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>  </u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Uso exclusivo del personal codificador		
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 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>  </u>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>  </u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>  </u>		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>  </u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>  </u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>  </u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>  </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>  </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>  </u> 22.7.7 Código Postal: <u>  </u> 22.7.8 Localidad: <u>  </u> 22.7.9 Municipio o delegación: <u>  </u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>  </u>				
23. NOMBRE <u>Maria Guadalupe</u> <u>Gigavillo</u> <u>Bravo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Pareja</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input 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 *Especifique <u>  </u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>Sigaura</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <u>Edgard Alejandro</u> <u>Gonzalez</u> <u>Carbajal</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>  </u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Prolongación</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentin Amador</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>112</u> 29.4 Núm. Interior: <u>  </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonias</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Rivas Guillen</u> 29.7 Código Postal: <u>Soledad</u> 29.8 Localidad: <u>  </u> 29.9 Municipio o delegación: <u>S.L.P.</u> 29.10 Entidad federativa: <u>  </u> 29.11 Teléfono: <u>  </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>08</u> <u>02</u> <u>2019</u> Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>  </u> , Libro Núm. <u>  </u> 31.1 Acta Núm. <u>  </u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>  </u> 32.2 Municipio o delegación: <u>  </u> 32.3 Entidad federativa: <u>  </u> 32.4 Día: <u>  </u> Mes: <u>  </u> Año: <u>  </u>		