



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

190662407

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Julio Cesar Reyes		Sanchez	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
22041966 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
REESJ660422HYZNLO9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		8.1 Para menores de una hora		8.2 Para menores de un día	
		Minutos		Horas	
		8.3 Para menores de un mes		8.4 Para menores de un año	
		Días		Meses	
		8.5 Peso (gramos):		8.6 Personas de un año o más	
				Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:		8.7 Semanas de gestación:		8.8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	
8.8.2 Nombre del fallecido:		8.9.1 Número de identificación:		8.9.2 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Circuito Fronterizo		San Jorge Santo Tomás	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
5184313		Soledad		Graciano Sanchez	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 Nombre de la vialidad	
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 SEMAR PROSPERA <input type="radio"/> 10		Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		2412067071	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
Secretaría de Salud <input 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 médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Hospital General Soledad		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre del asentamiento humano	
112		Colonia Prolongación		Valentin Amador Rivas Guillen	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
Soledad				Graciano Sanchez S.L.P.	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Número de identificación:		16.2 Entidad federativa	
08022019		10340		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Día Mes Año		Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		17.1 Sí <input 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 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Causa 1: Neumonía Atípica. Debido a (o como consecuencia de):		19.2 Causa 2:	
PARTE I		Causa 3:		Causa 4:	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causa 5:		Causa 6:	
Causas antecedentes		Causa 7:		Causa 8:	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Causa 9:		Causa 10:	
PARTE II		Causa 11:		Causa 12:	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Causa 13:		Causa 14:	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Causa 15:		Causa 16:	
Código CIE		Causa 17:		Causa 18:	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		43 días a 11 meses no estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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?		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (vía pública) Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE		23.1 Nombre(s)		23.2 Primer Apellido	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				24.1 Pareja	
25. CERTIFICADA POR		25.1 Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 4		25.2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	
25.3 Personas autorizadas por la Secretaría de Salud		25.4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		25.5 *Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				26.1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
27. NOMBRE		27.1 Nombre(s)		27.2 Primer Apellido	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
28. FIRMA				28.3 Número de la cédula profesional	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Nombre de la vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
Prolongación		Valentin Amador 112		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
29.4 Núm. Exterior		29.5 Núm. Interior		29.6 Número de asentamiento humano	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación	
29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Número de identificación:	
Número _____, Libro Número _____		32.2 Localidad _____		32.3 Entidad federativa _____	
31.1 Acta Número _____		32.4 Municipio o delegación _____		32.5 Día Mes Año _____	