



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

FOLIO

190676168

002641

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>David Castellanos Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>05 01 1975</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP Se ignora ☐ Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ 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>44</u> Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☒ Viudo(a) ☐ Se ignora ☐				
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>510 Calle Puebla San Rafael</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 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 nació en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u> Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Vía pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>S/N Calle Zacatecas San Rafael Cd. Valles</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 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>10 05 2019 12 00</u> Día Mes Año Horas Minutos			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Autismo</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>VIH Positivo</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE <u>E69 B24</u>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>B24</u>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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 22.7 Añote 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 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa			22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
23. NOMBRE <u>Daniel Castellanos Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☒ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ *Especifique Número de la cédula profesional			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <u>Dr. Saul Onorio Zamora</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 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 29.11 Teléfono			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Entidad federativa 32.3 Día Mes Año		

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



190676168