

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190676545

356 323

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Miguel Primer Apellido Valdez Segundo Apellido Aguilar

2. FECHA DE NACIMIENTO 22 Mes 07 Año 1945

3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Colosio

5. CURP VA AH 45 07 22 HSP LOS 04

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9

7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique Colosio

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora 74 Para menores de un día 74 Para menores de un mes 74 Para menores de un año 74 Meses 74 Años cumplidos 74

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☒ 1 En unión libre ☐ 4

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) San Fco

10.1 Tipo de vialidad San Fco

10.2 Nombre de la vialidad San Fco

10.3 Núm. Exterior 74 10.4 Núm. Interior 323

10.5 Tipo de asentamiento humano San Fco

10.6 Nombre del asentamiento humano San Fco

10.7 Código Postal 74

10.8 Localidad San Fco

10.9 Municipio o delegación San Fco

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Colosio

11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 2 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Tercera ☐ 6 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99

12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 IMSS ☐ 2 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad San Fco

15.2 Nombre de la vialidad San Fco

15.3 Núm. Exterior 74 15.4 Núm. Interior 323

15.5 Tipo de asentamiento humano San Fco

15.6 Nombre del asentamiento humano San Fco

15.7 Código Postal 74

15.8 Localidad San Fco

15.9 Municipio o delegación San Fco

15.10 Entidad federativa Colosio

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 22 Mes 07 Año 1945 Horas 04 Minutos 00

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 1 No ☐ 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de) Choque séptico

b) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía grave

c) Debido a (o como consecuencia de) V.I.H.

d)

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 241

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☐ 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☐ 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Área comercial o de servicio ☐ 5 Escuela u oficina pública ☐ 2

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Area industrial (taller, fábrica u obra)

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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad San Fco

22.7.2 Nombre de la vialidad San Fco

22.7.3 Núm. Exterior 74 22.7.4 Núm. Interior 323

22.7.5 Tipo de asentamiento humano San Fco

22.7.6 Nombre del asentamiento humano San Fco

22.7.7 Código Postal 74

22.7.8 Localidad San Fco

22.7.9 Municipio o delegación San Fco

22.8 Entidad federativa Colosio

23. NOMBRE Miguel Primer Apellido Valdez Segundo Apellido Aguilar

24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) Padre

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, Número de la cédula profesional 74

27. NOMBRE Miguel Primer Apellido Valdez Segundo Apellido Aguilar

28. FIRMA

29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad San Fco

29.2 Nombre de la vialidad San Fco

29.3 Núm. Exterior 74 29.4 Núm. Interior 323

29.5 Tipo de asentamiento humano San Fco

29.6 Nombre del asentamiento humano San Fco

29.7 Código Postal 74

29.8 Localidad San Fco

29.9 Municipio o delegación San Fco

29.10 Entidad federativa Colosio

29.11 Teléfono 74

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 22 Mes 07 Año 1945

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 74 Libro Núm. 323

31.1 Acta Núm. 74

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad San Fco

32.2 Municipio o delegación San Fco

32.3 Entidad federativa Colosio