



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

190681083

\*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 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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 LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Hector</u> Primer Apellido <u>Lopez</u> Segundo Apellido <u>Hervert</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>1945</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>S.G.P.</u>	
5. CURP <u>LOHH451017HSPRRCO1</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique <u>074</u> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>07</u> Para menores de un día: Horas <u>4</u> Para menores de un mes: Días <u>17</u> Para menores de un año: Meses <u>07</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>74</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Vista Hermosa</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Localidad</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Chapin-Aranillo</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1</u> 10.4 Núm. Interior <u>1</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>SGP</u> 10.7 Código Postal <u>22700</u> 10.8 Localidad <u>Tamazunchale</u> 10.9 Municipio o delegación <u>SGP</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>SGP</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>9289731719-1</u>	

DE LA DEFUNCIÓN

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"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Calle Vista Hermosa</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>074</u> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Localidad</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Chapin-Aranillo</u> 15.3 Núm. Exterior <u>1</u> 15.4 Núm. Interior <u>1</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>SGP</u> 15.7 Código Postal <u>22700</u> 15.8 Localidad <u>Tamazunchale</u> 15.9 Municipio o delegación <u>SGP</u> 15.10 Entidad federativa <u>SGP</u>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u> Horas <u>19</u> Minutos <u>42</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Dificultad Respiratoria</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía Atípica por probable Covid 19</u> b) <u>DM II</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>HTA S</u> c) <u>6 años</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>80 años</u> d) <u>20 años</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>15 min</u> <u>3 días</u> <u>6 años</u> <u>80 años</u>		Código CIE <u>0</u>	
--	--	---	--	---------------------	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>0</u>	
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"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <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 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u>6 años</u> <u>80 años</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>0</u>	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad <u>Localidad</u>		22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Chapin-Aranillo</u>	
22.7.3 Núm. Exterior <u>1</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>1</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>SGP</u>		22.7.7 Código Postal <u>22700</u> 22.7.8 Localidad <u>Tamazunchale</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>SGP</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>SGP</u>		22.8 Localidad <u>SGP</u>		22.9 Municipio o delegación <u>SGP</u>	

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Abel</u> Primer Apellido <u>Lopez</u> Segundo Apellido <u>Melo</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADO POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique <u>074</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1049363</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Brenda Rocío</u> Primer Apellido <u>Lopez</u> Segundo Apellido <u>Zavala</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Niños Bravo</u> 29.3 Núm. Exterior <u>104</u> 29.4 Núm. Interior <u>104</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Barrio</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 29.7 Código Postal <u>SGP</u> 29.8 Localidad <u>SGP</u> 29.9 Municipio o delegación <u>SGP</u> 29.10 Entidad federativa <u>SGP</u> 29.11 Teléfono <u>104</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u>	

L REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>SGP</u>	
--	--	--	--



190681083