



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

190681083

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 LOS PARTICULARS DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Hector Lopez			Hervert		
Nombre(s)		Primer Apellido			Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO S.C.P.		Entidad federativa país (si nació en el extranjero)	
5. CURP L094451017HSPRC01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 99 Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique 074		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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad Locality		10.2 Nombre de la vialidad Chapultepec		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior	
10.5 Tipo de asentamiento humano Tamaulipas		10.6 Nombre del asentamiento humano S.C.P.		10.7 Código Postal 89731710		10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación Tamaulipas	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajante		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Locality	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano Tamaulipas		15.6 Nombre del asentamiento humano S.C.P.		15.7 Código Postal 89731710	
15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación Tamaulipas		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17.09.2020 19:42		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE 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 checked="" 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, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de) Dificultad Respiratoria		b) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía Atípica por probable Covid-19		c) Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		d)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		DMII		HTAS		6 años 20 años	
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 No estuve 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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 de servicio		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Industrial <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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		22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
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 Nombre(s) Angel Lopez Melo		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 049363					
27. NOMBRE Nombre(s) Brena Lopez Lopez Zavala		28. FIRMA Barra					
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle Nicolas Barba #104 Col. Cármen Tamaulipas		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior	
29.9 Municipio o delegación		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		32.2 Nombre de la vialidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17.09.2020	
						Día Mes Año	

190681083