



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200629685

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>NA TRINIDAD LOPES DON JUAN</u>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>EL TEPEPAH, STA MARIA RIO SP</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>11/10/1956</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	
5. CURP <u>LLODITSGO9113MSPPINR014</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Horas Para menores de un mes: <u>0</u> Días Para menores de un año: <u>0</u> Meses Para personas de un año o más: <u>0614</u> Años cumplidos		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>CAJAL</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>SIN NOMBRE</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>LA BORRGA</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>61741815</u> 10.4 Núm. Interior: <u>000000</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>URBANO</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>N.A.</u> 10.7 Código Postal: <u>000000</u> 10.8 Localidad: <u>CAJAL</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>N.A.</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>N.A.</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>HOJAL</u> 12.1 Trabajaba ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>0000000000</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital ☒ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>HOSPITAL GENERAL</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>0000000000</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>PROLONGACIÓN</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>URBANO</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior: <u>000000</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>URBANO</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>CAJAL</u> 15.7 Código Postal: <u>000000</u> 15.8 Localidad: <u>CAJAL</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>N.A.</u> 15.10 Entidad federativa: <u>N.A.</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>SINPREVISTO</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</u> b) <u>HEMORRAGIA</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>CAUSA</u> c) <u>CAUSA</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>CAUSA</u> d) <u>CAUSA</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>CAUSA</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo:		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
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 ☐		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>3880577</u>	
22.1 Fue un presunto accidente o violenta, ESPECIFIQUE: 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 ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): <u>ESPOSO</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>000000</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>CAUSA</u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>PROLONGACIÓN</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>URBANO</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>000000</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>URBANO</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>CAJAL</u> 22.7.7 Código Postal: <u>000000</u> 22.7.8 Localidad: <u>CAJAL</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>N.A.</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>N.A.</u>		23. NOMBRE <u>FERNANDO</u> Nombre(s) <u>MARTINEZ</u> Primer Apellido <u>MARTINEZ</u> Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique: <u>3880577</u> Número de la cédula profesional: <u>000000</u>	
27. NOMBRE <u>LUIS</u> Nombre(s) <u>DE ANOS</u> Primer Apellido <u>AREYO</u> Segundo Apellido		28. FIRMA <u>000000</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>PROLONGACIÓN</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>URBANO</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior: <u>000000</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>URBANO</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>CAJAL</u> 29.7 Código Postal: <u>000000</u> 29.8 Localidad: <u>CAJAL</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>N.A.</u> 29.10 Entidad federativa: <u>N.A.</u> 29.11 Teléfono: <u>0000000000</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>26/09/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>000000</u> , Libro Núm. <u>000000</u> 31.1 Acta Núm. <u>000000</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>CAJAL</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>N.A.</u> 32.3 Entidad federativa: <u>N.A.</u> 32.4 Día: <u>26</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>2020</u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD