



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

FOLIO
200630299

*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Miguel</u> Primer Apellido <u>García</u> Segundo Apellido <u>García</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>15</u> Mes <u>02</u> Año <u>1947</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>México</u>	
5. CURP <u>GAHGMAT70215HNL22203</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos _____ Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año o más: Meses <u>73</u> Años cumplidos <u>73</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>304 Calle Benito Juárez</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>República</u> 10.3 Núm. Exterior <u>304</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Mitla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Lorenzo</u> 10.7 Código Postal <u>64600</u> 10.8 Localidad <u>Mitla</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Lorenzo</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>México</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☐ No ☐ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Mitla</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>301501007192</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>República</u> 15.3 Núm. Exterior <u>304</u> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Mitla</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Lorenzo</u> 15.7 Código Postal <u>64600</u> 15.8 Localidad <u>Mitla</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Lorenzo</u> 15.10 Entidad federativa <u>México</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>01</u> Año <u>2020</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>00</u>		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, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía</u> b) <u>Paro Agudo miocárdico</u> c) <u>Covid-19</u> d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 <u>U071</u>		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS SON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí ☐ No ☐	
22. ¿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? ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 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(a) 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		23. NOMBRE Nombre(s) <u>León</u> Primer Apellido <u>García</u> Segundo Apellido <u>Machado</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		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 Número de la cédula profesional <u>3011276</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Miguel</u> Primer Apellido <u>García</u> Segundo Apellido <u>García</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>República</u> 29.3 Núm. Exterior <u>304</u> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Mitla</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Lorenzo</u> 29.7 Código Postal <u>64600</u> 29.8 Localidad <u>Mitla</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Lorenzo</u> 29.10 Entidad federativa <u>México</u> 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>01</u> Año <u>2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD