



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

FOLIO
200630570

*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>Antonio</u> Primer Apellido <u>Bondu</u> Segundo Apellido <u>Dios</u>			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Comacilla</u> Entidad federal o país (si nació en el extranjero)		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>04</u> Año <u>1949</u>			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <u>01</u> No <u>02</u> Se ignora <u>09</u>		
3. SEXO Hombre <u>01</u> Mujer <u>02</u> Se ignora <u>09</u>			7. NACIONALIDAD Mexicana <u>01</u> Otra <u>02</u> Se ignora <u>09</u>		
5. CURP <u>ABND401041949000000</u>			8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>00</u> Para menores de un día: Horas <u>00</u> Para menores de un mes: Días <u>00</u> Para personas de un año o más: Meses <u>07</u> Años cumplidos <u>71</u> Se ignora <u>09</u>		
9.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>00000000000000000000</u>			9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <u>04</u> Separado(a) <u>06</u> Viudo(a) <u>02</u> Casado(a) <u>05</u> Divorciado(a) <u>03</u> Soltero(a) <u>01</u> Se ignora <u>09</u>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle González</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>3</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>3</u> 10.3 Núm. Exterior <u>0000</u> 10.4 Núm. Interior <u>0000</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>3</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>3</u> 10.7 Código Postal <u>000000</u> 10.8 Localidad <u>000000</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>000000</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>000000</u>			11. ESCOLARIDAD Ninguna <u>01</u> Preescolar <u>12</u> Primaria <u>03</u> Secundaria <u>05</u> Bachillerato o preparatoria <u>07</u> Profesional <u>08</u> Posgrado <u>10</u> Se ignora <u>09</u>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <u>01</u> No <u>02</u> Se ignora <u>09</u>			13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>00000000000000000000</u>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <u>01</u> IMSS <u>02</u> PEXEX <u>04</u> SEMAR <u>06</u> IMSS PROSPERA <u>10</u> Se ignora <u>09</u>			14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <u>01</u> IMSS <u>03</u> PEMEX <u>05</u> SEMAR <u>07</u> IMSS PROSPERA <u>02</u> ISSSTE <u>04</u> SEDENA <u>06</u> Otra unidad pública <u>08</u> Unidad médica privada <u>09</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>3</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>3</u> 15.3 Núm. Exterior <u>0000</u> 15.4 Núm. Interior <u>0000</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>3</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>3</u> 15.7 Código Postal <u>000000</u> 15.8 Localidad <u>000000</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>000000</u> 15.10 Entidad federativa <u>000000</u>			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>04</u> Año <u>2020</u> Horas <u>14</u> Minutos <u>50</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <u>01</u> No <u>02</u> Se ignora <u>09</u>			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <u>01</u> No <u>02</u>		

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>Paro cardíaco respiratorio</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía atípica</u> b) <u>Neumonía atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>COVID-19</u> c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>COVID-19</u> d) <u>COVID-19</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE <u>1469</u> <u>0189</u> <u>0072</u>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo <u>01</u> El parto <u>02</u> El puerperio <u>03</u> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <u>04</u> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <u>05</u> Sí <u>01</u> No <u>02</u>			22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <u>01</u> Homicidio <u>02</u> Suicidio <u>03</u> Se ignora <u>09</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <u>01</u> No <u>02</u> Se ignora <u>09</u> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área deportiva <u>03</u> Área comercial o de servicio <u>09</u> Área industrial (taller, fábrica u otra) <u>06</u> Granja (rancho o parcela) <u>07</u> Calle o carretera (vía pública) <u>04</u> Vivienda particular <u>01</u> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <u>02</u> Escuela u oficina pública <u>05</u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>J189</u>			22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) <u>01</u>		

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>00000000000000000000</u>			22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>3</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>3</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>0000</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>0000</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>3</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>3</u> 22.7.7 Código Postal <u>000000</u> 22.7.8 Localidad <u>000000</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>000000</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>000000</u>			23. NOMBRE <u>Nora Nelly</u> <u>Bondu</u> <u>Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>1010</u>			25. CERTIFICADA POR Médico tratante <u>01</u> Médico legista <u>02</u> Otro médico <u>03</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <u>04</u> Autoridad civil <u>05</u> Otro <u>08</u> *Especifique <u>2741727</u>		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>2741727</u>			27. FIRMA <u>2741727</u>		
28. NOMBRE <u>Wences</u> <u>Fernando</u> <u>Salazar</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>3</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>3</u> 29.3 Núm. Exterior <u>0000</u> 29.4 Núm. Interior <u>0000</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>3</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>3</u> 29.7 Código Postal <u>000000</u> 29.8 Localidad <u>000000</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>000000</u> 29.10 Entidad federativa <u>000000</u> 29.11 Teléfono <u>0000000000</u>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>04</u> Año <u>2020</u>			31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>0000</u> Libro Núm. <u>0000</u> 31.1 Acta Núm. <u>0000</u>		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>000000</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>000000</u> 32.3 Entidad federativa <u>000000</u> 32.4 Día <u>10</u> Mes <u>04</u> Año <u>2020</u>			33.1 Acta Núm. <u>0000</u>		

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

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