



**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO
063401220063401220063401220063401220063401
200634012

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ricardo		MORENO		CRUZ	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		10 7 02 1983	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP		MOCIR830207HSPLRICO8		Se ignora <input type="radio"/> 99		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	36 Años cumplidos
		Minutos	Horas	Días	Meses		Especifique
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.							
10. RESIDENCIA HABITUAL		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		AVENIDA 504 colonia CO VALLS		LNS PUEBLOS REN L CAMPOSIRE.	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD							
Ninguna <input type="radio"/> 1		Preescolar <input type="radio"/> 12		Primaria <input checked="" 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	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Nirguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	12. OCUPACIÓN HABITUAL
		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	PLOMERO
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	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Núm. Exterior		15.2 Núm. Interior		15.3 Núm. Exterior	
504		colonia CO VALLS		LNS PUEBLOS REN L CAMPOSIRE.		15.4 Núm. Interior	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN							
18 01 2020		13 15		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
Día Mes Año	Horas Minutos	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) <i>Autonimosis</i> Debido a (o como consecuencia de)							Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
b) <i>Tuberculosis</i> Debido a (o como consecuencia de)							Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
c) <i></i> Debido a (o como consecuencia de)							
d) <i></i> Debido a (o como consecuencia de)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
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	El puerperio <input type="radio"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
3 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE							
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7			
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8			
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							
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							
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior							
22.7.5 Tipo de asentamiento humano							
22.7.6 Nombre del asentamiento humano							
22.7.7 Código Postal							
22.7.8 Localidad							
22.7.9 Municipio o Alcaldía							
22.7.10 Entidad federativa							
23. NOMBRE							
Herránin		MORENO		CRUZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Herránin	
. CERTIFICADA POR							
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8			1773288 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE							
Dr Luis ONDREO		BARRIOS		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
DOMICILIO y TELÉFONO							
Los Polines		IBRAMARO PORVENTO		K2.5		29.4 Núm. Interior	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
en vallis		en vallis		4813870106			
29.6 Nombre del asentamiento humano							
29.7 Código Postal							
29.8 Localidad							
29.9 Municipio o Alcaldía							
29.10 Entidad federativa							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
18 01 2020 Día Mes Año							
LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA JUZGADURA							
Liber Núm. 5							
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
32.1 Localidad Colvalles SLP 27 Enero 192094							