



A162-33-1262

SMICB3PE

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO 116206-330

200635345

25
Med.
Int.

*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



200635345

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		CRESCENCIO ZAMORA CRUZ	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
19/09/1933		Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	MEXICO
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
ZACR330919HSPIKHO3		No ☒ Si ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA		7. NACIONALIDAD	
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 personas de un año o más: Años cumplidos: 066		Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): CALLE LUCAS VALDES	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es:		PERSONAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		462312625-1933PE	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		HOSPITAL GENERAL ZONA 6 CIUDAD VALDES	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda	
15.3 Num. Exterior: 15.4 Num. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		15.2 Nombre de la vivienda: 15.3 Tipo de vivienda: 15.4 Tipo de asentamiento humano: 15.5 Nombre del asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
19/09/2015 15:50		Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
Si ☐ No ☒		(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.-)	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		PARTE I	
Código CIE		a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	
2 días		b) NEUMONIA NO ESPECIFICADA	
2 días		c) DIABETES MELLITUS TIPO 2	
43 años		d) HIPERTENSION ARTERIAL ESSENCIAL	
20 años		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
Código CIE		J960	
Código CIE		J189	
Código CIE		E117	
Código CIE		I10X	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
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 ☐		22.1 Fue un presunto accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Su ignora ☐	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
Si ☐ No ☒		Si ☐ No ☒	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
22.7.3 Num. Exterior: 22.7.4 Num. 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:		22.7.3 Num. Exterior: 22.7.4 Num. 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
GUERLINDO ZAMORA HUERTA		HIJO	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifica:		11044164	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
MAYO MAYO PERLA RIVERA		[Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Num. Exterior: 29.4 Num. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono:		Día: Mes: Año:	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: Mes: Año:	