



39-90-35-0038

6 M1942 PE

SECRETARÍA DE SALUD

C-37

Modelo 2017.1

FOLIO

200635346

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO25
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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Miguel</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>04</u> Año <u>1942</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis</u> Entidad federal o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>HEHMAZID929HSPRRG07</u> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>0</u> años <u>7</u> meses <u>7</u> días Para menores de un día: <u>0</u> minutos <u>0</u> segundos Para menores de un mes: <u>0</u> días <u>0</u> horas <u>0</u> minutos Para menores de un año o más: <u>0</u> años <u>7</u> meses <u>7</u> días	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Lázaro Cárdenas</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>1799710</u> 10.4 Núm. Interior: <u>0</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Matlapa</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis</u> 10.7 Código Postal: <u>Matlapa</u> 10.8 Localidad: <u>Matlapa</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis</u> 10.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero): <u>Potosí</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Albañil</u> Se ignora <input type="radio"/>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1799710</u> 15.4 Núm. Interior: <u>0</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.7 Código Postal: <u>Matlapa</u> 15.8 Localidad: <u>Matlapa</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis</u> 15.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero): <u>Potosí</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>04</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 <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Neumonía no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>15 días</u> Código CIE: <u>J189</u>
b) <u>Hipertensión arterial (primaria)</u> Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>12 años</u> Código CIE: <u>I10X</u>
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>J189</u>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>1799710</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>0</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.7 Código Postal: <u>Matlapa</u> 22.7.8 Localidad: <u>Matlapa</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis</u> 22.7.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero): <u>Potosí</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>4754519</u>
27. NOMBRE: <u>Israel</u> <u>Olivio</u> <u>Herrera</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA: <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>1799710</u> 29.4 Núm. Interior: <u>0</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 29.7 Código Postal: <u>Matlapa</u> 29.8 Localidad: <u>Matlapa</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis</u> 29.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero): <u>Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>04</u> Año <u>2020</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. <u>0</u> Libro Núm. <u>0</u> 31.1 Acta Núm. <u>0</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: <u>Matlapa</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis</u> 32.3 Entidad federal o país (si reside en el extranjero): <u>Potosí</u> 32.4 Día <u>12</u> Mes <u>04</u> Año <u>2020</u>

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