



39-90-55-0038 SECRETARÍA DE SALUD C-37

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

Modelo 2017-1

FOLIO

200635346

25
MED
INT

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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)		Miguel Hernandez		Hernandez	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 12 9 1942 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Su ignorancia <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Jalisco Luis Potosi Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP HEHMAZD929HSPPRPG07 So ignorancia <input type="radio"/>		6. UHABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Su ignorancia <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Minutos Horas Días Mesos Años cumplidos		8.1 Para menores de 28 días anote: 8.1.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):		8.4.1 ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 25 Calle Colonia		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda Lazaro Cardenas Centro	
10.3 Núm. Exterior 17919710 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano Mallapa		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosi	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía Mallapa	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 So ignorancia <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL Alcantarillador <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		13.1 Número de seguridad social o afiliación 399550038 6M194286		13.2.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica SIPININSUO 000712		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 Boulevard Fracc. Miraventuro		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda 19 de Mayo	
15.3 Núm. Exterior 17919901 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles		15.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11 9 04 2020 21 10		16.17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		16.18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite soñar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Entidad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.1 a) Neumonía no especificada Debido a (o como consecuencia de)		19.2 b) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 15 días Código CIE J189	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.3 b) Debido a (o como consecuencia de)		19.4 c) Debido a (o como consecuencia de)	
19.5 d) Debido a (o como consecuencia de)		19.6 Hiperpresión arterial (primaria)		19.7 12 años. J10X	
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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <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 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.4 Anote 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	
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 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 Carlos Alberto Hernandez Martinez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4759519		Número de la cédula Profesional	
27. NOMBRE Israel Olivo Hernandez		28. FIRMA Hernandez		28. FIRMA Hernandez	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 19 de Mayo		29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vivienda	
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	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 7 7 2020	
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	
31.2.1 Acta Núm. _____		32.4.1 Acta Núm. _____		32.4.2 Acta Núm. _____	

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