



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

200635497

*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>Jelanda</u> Primer Apellido <u>Verdugo</u> Segundo Apellido <u>Archerio</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>20</u> Mes <u>11</u> Año <u>1996</u>	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Veracruz</u>		
5. CURP <u>VERV961120A</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	7. NACIONALIDAD Mexicana ☐ 1 Otra ☐ 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>02</u> Para menores de un día: Horas <u>04</u> Para menores de un mes: Días <u>27</u> Para menores de un año: Meses <u>02</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>02</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 3 En unión libre ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 10.3 Núm. Exterior <u>147</u> 10.4 Núm. Interior <u>147</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 10.7 Código Postal <u>20000</u> 10.8 Localidad <u>Desempeño</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Desempeño</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Veracruz</u>				
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 2 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>0000000000</u>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Desempeño</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>2000000000</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior <u>147</u> 15.4 Núm. Interior <u>147</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 15.7 Código Postal <u>20000</u> 15.8 Localidad <u>Desempeño</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Desempeño</u> 15.10 Entidad federativa <u>Veracruz</u>				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>20</u> Mes <u>11</u> Año <u>2008</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>00</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☐ 2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia Renal crónica</u> b) <u>Insuficiencia</u> c) <u>Insuficiencia</u> d) <u>Insuficiencia</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 <u>1 hora</u> Uso exclusivo personal Código <u>000000</u>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 22.4 Anote la telefonía que tenía el presunto accidente, homicidio o suicidio <u>0000000000</u> 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 <u>Presunto accidente</u> 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>147</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>147</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 22.7.7 Código Postal <u>20000</u> 22.7.8 Localidad <u>Desempeño</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Desempeño</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>Veracruz</u>	
---	--

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>José</u> Primer Apellido <u>Alvarado</u> Segundo Apellido <u>Rodríguez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>
---	--	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1101836</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>David</u> Primer Apellido <u>Benito</u> Segundo Apellido <u>Verdugo</u>	28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior <u>147</u> 29.4 Núm. Interior <u>147</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 29.7 Código Postal <u>20000</u> 29.8 Localidad <u>Desempeño</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>20/11/2008</u>	



200635497