

200635630

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>Francisco Del Castillo Rodriguez</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>12/10/1947</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>SAN WL. POTOSI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |
| 5. CURP<br><b>CAIRF470129HSPISDRIO6</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |
| 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: Minutos: _____ Horas: _____<br>Para menores de un día: _____<br>Para menores de un mes: _____<br>Para menores de un año: _____<br>Para personas de un año o más: <b>73</b> Años cumplidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/><br>En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Calle Francisco I. Madero</b><br>10.1 Tipo de vivienda <b>7391 Centro</b><br>10.2 Nombre de la vivienda<br>10.3 Num. Exterior <b>1947014</b> 10.4 Num. Interior <b>Turkey</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Turkey</b><br>10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Turkey</b><br>10.7 Código Postal <b>73910</b> 10.8 Localidad <b>Ciudad Villahermosa</b> 10.9 Municipio o Alcaldía <b>Ciudad Villahermosa</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/><br>12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/><br>IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>4301</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Zona <b>6</b><br>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"/><br>14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Zona 6</b><br>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vivienda <b>19 de Mayo</b><br>15.2 Nombre de la vivienda<br>15.3 Num. Exterior <b>1947014</b> 15.4 Num. Interior <b>Turkey</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Turkey</b><br>15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Turkey</b><br>15.7 Código Postal <b>73910</b> 15.8 Localidad <b>Ciudad Villahermosa</b> 15.9 Municipio o Alcaldía <b>Ciudad Villahermosa</b> 15.10 Entidad federativa <b>SAN WL. POTOSI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>3/10/2020 07:40</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <b>Insuficiencia respiratoria aguda</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <b>Sospecha de coronavirus SARS-CoV-2</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <b>Hipertensión esencial (primaria)</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) <b>Obesidad no especificada</b><br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo<br>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br>Código CIE<br><b>4 Hrs J960</b><br><b>1 Día U072</b><br><b>Años I10X</b><br><b>Años E669</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE<br><b>U072</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>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"/><br>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/><br>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/><br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/><br>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)<br>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.7.1 Tipo de vivienda<br>22.7.2 Nombre de la vivienda<br>22.7.3 Num. Exterior<br>22.7.4 Num. Interior<br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano<br>22.7.6 Nombre del asentamiento humano<br>22.7.7 Código Postal<br>22.7.8 Localidad<br>22.7.9 Municipio o Alcaldía<br>22.7.10 Entidad federativa |                                                                                                                |
| 23. NOMBRE<br><b>Francisco Del Castillo Rodriguez</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |
| 24. PARENTESCO CON EL( LA) FALLECIDO(A)<br><b>Sobrina</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/><br>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/><br>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><b>5132049</b><br>Número de la cédula profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 27. NOMBRE<br><b>José Alejandro Herrera Desiles</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |
| 28. FIRMA<br><b>José Alejandro Herrera Desiles</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO<br>29.1 Tipo de vivienda<br>29.2 Nombre de la vivienda<br>29.3 Num. Exterior<br>29.4 Num. Interior<br>29.5 Tipo de asentamiento humano<br>29.6 Nombre del asentamiento humano<br>29.7 Código Postal<br>29.8 Localidad<br>29.9 Municipio o Alcaldía<br>29.10 Entidad federativa<br>29.11 Teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>3/10/2020</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Núm. _____ Libro Núm. _____<br>31.1 Acta Núm. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |
| 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad<br>32.2 Municipio o Alcaldía<br>32.3 Entidad federativa<br>32.4 Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |

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

Te de entus: Apellido 13.1 1163471235-5411179E

\*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



200635630