



41-72-39-0062-1

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SMIA39 PE

SERV
50

C-13

*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Jose Humberto Ohm Ledesma		2. FECHA DE NACIMIENTO 21/03/1939		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Michoacán	
5. CURP 0XLH390321HMNHIDM019		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Si ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐		8. EDAD CUMPLIDA 81 años	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL 101		10.1 Tipo de vivienda 101		10.2 Nombre de la vivienda San Luis	
10.3 Num. Exterior 191900		10.4 Num. Interior 191900		10.5 Tipo de asentamiento humano Tamara		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis	
10.7 Código Postal 191900		10.8 Localidad Tamara		10.9 Municipio o Alcaldía San Luis		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Primaria ☒ Preescolar ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria ☒ Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajador ☒ Se ignora ☐		12.1 Trabajaba Si ☒ No ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación 4172390062		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 11.6.2 #6 de calle		14.1 Nombre de la unidad médica 11.6.2 #6 de calle	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 11.6.2 #6 de calle		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914		15.1 Tipo de vivienda 914		15.2 Nombre de la vivienda San Luis	
15.3 Num. Exterior 191900		15.4 Num. Interior 191900		15.5 Tipo de asentamiento humano El Cerrito		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis	
15.7 Código Postal 191900		15.8 Localidad El Cerrito		15.9 Municipio o Alcaldía San Luis		15.10 Entidad federativa Michoacán	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08/06/2020 00:44		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No ☒ Si ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ☒ Si ☐		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Sospecha covid		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 7 días		Código CIE U072	
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Confusión crónica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 7 días		Código CIE 5009	
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		c) Confusión crónica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 7 días		Código CIE 5009	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? No ☒ Si ☐		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No ☒ Si ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.1 Fue un presunto Accidente ☒ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.4 Añote 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 Añote 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		22.7.11 Teléfono		22.7.12 Año	
23. NOMBRE Es+her del carmen Ohm Gonzales		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico* ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2440887	
25.1 Tipo de vivienda		25.2 Nombre de la vivienda		25.3 Num. Exterior		25.4 Num. Interior	
25.5 Tipo de asentamiento humano		25.6 Nombre del asentamiento humano		25.7 Localidad		25.8 Municipio o Alcaldía	
25.9 Entidad federativa		25.10 Teléfono		25.11 Año		25.12 Fecha de certificación	
25.13 Día		25.14 Mes		25.15 Año		25.16 Lugar y fecha de registro	
25.17 Localidad		25.18 Municipio o Alcaldía		25.19 Entidad federativa		25.20 Día	
25.21 Mes		25.22 Año		25.23 Lugar y fecha de registro		25.24 Localidad	
25.25 Municipio o Alcaldía		25.26 Entidad federativa		25.27 Día		25.28 Mes	
25.29 Año		25.30 Lugar y fecha de registro		25.31 Localidad		25.32 Municipio o Alcaldía	
25.33 Entidad federativa		25.34 Día		25.35 Mes		25.36 Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA