

41-64-48-1341

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

HC200-422

Modelo 2017.1

FOLIO

200635826

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFINICIÓN

MUERTES ACCIDENTALES

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

200635826

	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Vicente Maldonado Negrete</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
DEL FALLECIDO	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/04/1948</u> Día Mes Año	
	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Sonora</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>MANV41804115HSPLGCO9</u> Se ignora ☐	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique _____ Se ignora ☐	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos ____ Para menores de un día: Horas ____ Para menores de un mes: Días ____ Para menores de un año: Meses ____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>72</u> Se ignora ☐	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vido(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Fraysero</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>Fraserero</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Loma de Santiago</u>	
	10.3 Num. Exterior <u>1</u> 10.4 Num. Interior <u>1</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Sonora</u>	
	10.7 Código Postal <u>77000</u> 10.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Sonora</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Potosí</u>	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☒ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Pensionado</u> Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☒ PEXME ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>41804115HSPLGCO9</u>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEXME ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Zona <u>6</u> Via pública ☐ Otro lugar ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Zona 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>6159</u>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Bolevar</u> 15.1 Tipo de vivienda <u>Fraserero</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>de Fray</u>	
	15.3 Num. Exterior <u>1</u> 15.4 Num. Interior <u>1</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Sonora</u>	
	15.7 Código Postal <u>77000</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Sonora</u> 15.10 Entidad federativa <u>Potosí</u>	
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/08/2020</u> <u>11:20</u> Día Mes Año Horas Minutos	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) <u>Naumonia, no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) <u>Suspección de coronavirus SARS COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Enfermedad Renal crónica, etapa 5</u> <u>Hipertensión secundaria no especificada</u>	
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE <u>J189</u> <u>U072</u> <u>N185</u> <u>I154</u>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ _____ _____	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
	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? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____ _____ _____	
	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 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 _____	
DEL INF.	23. NOMBRE <u>Vicente Maldonado Negrete</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u> _____ _____	
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique _____	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5132049</u> Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE <u>Jack Alejandro Herber Deslor</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Bolevar</u> 29.1 Tipo de vivienda <u>Fraserero</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>914</u> <u>19 de Enero</u> 29.3 Num. Exterior <u>1</u> 29.4 Num. Interior <u>1</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>77000</u> 29.7 Código Postal <u>Ciudad Valles</u> 29.8 Localidad <u>Sonora</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>77000</u> 29.11 Teléfono <u>11/08/2020</u> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 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