



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200635852

DEL FALLECIDO *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) Elena N. Madrid 2. FECHA DE NACIMIENTO 10/30/51 1960 3. SEXO Hombre 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO 5. CURP HAXE600503HSPLXL00 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 7. NACIONALIDAD Mexicana 8. EDAD CUMPLIDA 60 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 10. RESIDENCIA HABITUAL Col. Emiliano Zapata #19, Tlalnepantla, SLP 11. ESCOLARIDAD Ninguna 12. Ocupación Habitual Amadora 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Col. Emiliano Zapata #19, Tlalnepantla, SLP 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 04/08/2020 11:15 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 18. ¿SE PRACTICÓ NECROSCOPÍA? No 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria Aguda b) Neumonía o SARS-CoV-2 c) d) Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS DEL INF. DEL CERTIFICANTE		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo O1 El parto O2 El puerperio O3 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 43 días a 11 meses después del parto o aborto O4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O5 Sí O1 No O2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí O1 No O2 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente O1 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Accidente O1 Homicidio O2 Si O1 No O2 Se ignora O9 Vivienda particular O0 Área deportiva O3 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Suicidio O3 Se ignora O9 Vivienda colectiva O1 Calle o carretera O4 Área industrial O6 (taller, fábrica u obra) 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) 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 vialidad 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa 23. NOMBRE B. Madrid 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija Nombre(s) B. Madrid Primer Apellido Emiliano Segundo Apellido Martinez 25. CERTIFICADA POR Médico tratante O1 Médico legista O2 Otro médico* O3 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Persona autorizada por la Secretaría de Salud O4 Autoridad civil* O5 Otro* O8 *Especifique Número de la cédula profesional 27. NOMBRE Eduardo Madrid Gómez 28. FIRMA 6163985 Nombre(s) Eduardo Madrid Gómez Primer Apellido Emiliano Segundo Apellido Martinez 29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.6 Nombre del asentamiento humano Calle Natividad km 7 29.2 Nombre de la vialidad Av. 10923 29.3 Núm. Exterior Av. 10923 29.4 Núm. Interior Av. 10923 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.8 Localidad SLP 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 04/08/2020					



200635852