



Soldado
Tinaiero

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200635856

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Antonio</u> Primer Apellido <u>Soldado</u> Segundo Apellido <u>Tinaiero</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>11</u> Año <u>1970</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Sonora</u>
5. CURP <u>SM71A1111190051PLMNO4</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>07</u> Para menores de un día: Horas <u>00</u> Días <u>00</u> Para menores de un mes: Meses <u>00</u> Años cumplidos <u>071</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Libertad</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>07</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Calle Libertad</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>79299</u> 10.4 Núm. Interior <u>00</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Turismo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Santa Rosa</u>		10.7 Código Postal <u>70000</u> 10.8 Localidad <u>Culiacán</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Santa Rosa</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el ex) <u>Sonora</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 2 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>0000000000</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 <u>Hospital General de Culiacán</u>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Culiacán</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>515510100356</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>07</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Calle Libertad</u> 15.3 Núm. Exterior <u>79090</u> 15.4 Núm. Interior <u>00</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Culiacán</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Santa Rosa</u>		15.7 Código Postal <u>70000</u> 15.8 Localidad <u>Culiacán</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Santa Rosa</u> 15.10 Entidad federativa <u>Sonora</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>40</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		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>Septicemia secundaria a neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonia viral</u> b) <u>Neumonia viral</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes mellitus tipo 2</u> c) <u>Diabetes mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipertensión arterial</u> d) <u>Hipertensión arterial</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>11</u>		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Sobrino</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>0000000000</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Accidente de tránsito</u>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Calle Libertad</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>07</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Calle Libertad</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>79090</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>00</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Culiacán</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Santa Rosa</u>		22.7.7 Código Postal <u>70000</u> 22.7.8 Localidad <u>Culiacán</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Santa Rosa</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>Sonora</u>		23. NOMBRE <u>José Rodrigo Pérez Trejo</u> Nombre(s) <u>Pérez</u> Primer Apellido <u>Trejo</u> Segundo Apellido <u>Sobrina</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Sobrino</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique <u>1534329</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1534329</u>	
27. NOMBRE <u>Antonio</u> Nombre(s) <u>Alonso</u> Primer Apellido <u>Tinaiero</u> Segundo Apellido <u>Soldado</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>07</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Calle Libertad</u> 29.3 Núm. Exterior <u>79090</u> 29.4 Núm. Interior <u>00</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Culiacán</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Santa Rosa</u> 29.7 Código Postal <u>70000</u> 29.8 Localidad <u>Culiacán</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Santa Rosa</u> 29.10 Entidad federativa <u>Sonora</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/11/2020</u>					



200635856