



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
200635872

\*SILA 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>Faustino Areola</i>		Primer Apellido <i>Hernández</i>		Segundo Apellido <i>356-3</i>	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
30/07/1946		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
Día Mes Año							
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
AENHFM60730H015P2501		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2		Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos		Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas		Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días	
		Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación: <input type="checkbox"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="checkbox"/>		Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses	
		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
		<i>Calle Río Verde</i>		<i>Ramón Río Verde</i>		<i>Ramón Río Verde</i>	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
11912310		<i>Ampliación la Hacienda Ed. Valles</i>				<i>Ed. Valles</i>	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
		<i>Ciudad Valles</i>		<i>Ciudad Valles</i>			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8		Primaria <input type="checkbox"/> 8 Secundaria <input type="checkbox"/> 5		Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2		12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
IMSS <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 4		SEDENA <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 6		IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10		13.1 Número de seguridad social o afiliación Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otra lug. <input type="checkbox"/> 11 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
<i>SIN</i>		<i>Fraccionamiento</i>		<i>Ciudad Valles</i>			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
1191010		<i>Ciudad Valles</i>		<i>Ciudad Valles</i>		<i>Ciudad Valles</i>	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
		<i>Ciudad Valles</i>		<i>Ciudad Valles</i>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECRO			
1191013 20 20 11 15 19		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
Día Mes Año Horas Minutos							
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) <i>Trastorno respiratorio agudo</i> Debido a (o como consecuencia de)							
b) <i>Neumonía viral por S.A. (60%)</i> Debido a (o como consecuencia de)							
c) <i>Liqueteletus tipo 2</i> 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 morbo que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS							
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
El embarazo <input type="checkbox"/> 1 Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 3		El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE							
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación entre el presunto agresor con el fallecido(a)	
Accidente <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2		Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 (rancho o parcela) Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
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		22.7.2 Nombre de la vialidad					
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. 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	
		<i>Ciudad Valles</i>		<i>Ciudad Valles</i>			
23. NOMBRE		Nombre(s) <i>Joe Alfredo Areola</i>		Primer Apellido <i>Cadiz</i>		Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
25. CERTIFICADA POR							
Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4		Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5		Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Otro* <input type="checkbox"/> 8		*Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Número de la cédula profesional <i>3277853</i>							
27. NOMBRE		Nombre(s) <i>Joe Luis Lopez</i>		Primer Apellido <i>Flor</i>		Segundo Apellido	
28. FIRMA <i>Flor</i>							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
29.6 Nombre del asentamiento humano <i>Ciudad Valles</i>		29.7 Código Postal <i>1191010</i>		29.8 Localidad <i>Ciudad Valles</i>		29.4 Núm. Interior	
29.5 Tipo de asentamiento humano							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>14/08/20</i>							



200635872