



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200636053

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Domingo</u> <u>Lopez</u> Primer Apellido <u>Ortiz</u> Segundo Apellido <u>356-360</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>08</u> Año <u>1956</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Veracruz</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>L000560804HP L P R M O 8</u> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
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>064</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Carretera</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>19090</u> 10.4 Núm. Interior: <u>cd Vallon</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>cd Vallon</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>cd Vallon</u> 10.7 Código Postal: <u>52100</u> 10.8 Localidad: <u>cd Vallon</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>cd Vallon</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>Veracruz</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Vallon</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>Veracruz</u>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>19090</u> 15.4 Núm. Interior: <u>cd Vallon</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>cd Vallon</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>cd Vallon</u> 15.7 Código Postal: <u>52100</u> 15.8 Localidad: <u>cd Vallon</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>cd Vallon</u> 15.10 Entidad federativa: <u>Veracruz</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>08</u> Año <u>2020</u> Horas <u>20</u> Minutos <u>10</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		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) <u>Infección respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Suspectado COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></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>U07.1</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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la situación de la vivienda del presunto accidente, homicidio o suicidio Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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: <u>Calle</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>19090</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>cd Vallon</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>cd Vallon</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>cd Vallon</u> 22.7.7 Código Postal: <u>52100</u> 22.7.8 Localidad: <u>cd Vallon</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>cd Vallon</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>Veracruz</u>		23. NOMBRE Nombre(s) <u>María de los Angeles</u> <u>Martinez</u> Primer Apellido <u>Cruz</u> Segundo Apellido <u>Yanez</u>
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Yanez</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique <u>1161836</u>
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1161836</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>David Enrique</u> <u>Barrera</u> Primer Apellido <u>Mendoza</u> Segundo Apellido <u>Yanez</u>
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>19090</u> 29.4 Núm. Interior: <u>cd Vallon</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>cd Vallon</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>cd Vallon</u> 29.7 Código Postal: <u>52100</u> 29.8 Localidad: <u>cd Vallon</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>cd Vallon</u> 29.10 Entidad federativa: <u>Veracruz</u> 29.11 Teléfono: <u>52100</u>
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>08</u> Año <u>2020</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>cd Vallon</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>cd Vallon</u> 32.3 Entidad federativa: <u>Veracruz</u> 32.4 Día: <u>10</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2020</u>		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD