



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

FOLIO

200637139

*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 CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Hector		2. FECHA DE NACIMIENTO 20/11/1954		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Baja California
5. CURP GURH5411220MDPTMCI05		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Si ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	
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 66		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☒ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Soltero/a ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 94	
10.3 Num. Exterior 136		10.4 Num. Interior 136		10.5 Tipo de asentamiento humano Asentamiento humano	
10.6 Localidad San Juan de los Rios		10.7 Código Postal 44100		10.8 Municipio o Alcaldía San Juan de los Rios	
10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Baja California		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Num. Exterior 15.4 Num. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21/12/14 16.1 Fecha 16.2 Hora		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en esta renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Síndrome de muerte súbita b) Neumonía viral probable SARS-CoV-2 c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 12.1	
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? Si ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 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? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Se describió la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 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		23. NOMBRE Rafael 23.1 Nombre 23.2 Primer Apellido 23.3 Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Personal autorizada por la Secretaría de Salud ☒ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 25.1 Nombre 25.2 Primer Apellido 25.3 Segundo Apellido		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 26.1 26.2		27. FIRMA 27.1	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda 28.2 Nombre de la vivienda 28.3 Num. Exterior 28.4 Num. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 04/01/2021 29.1 Fecha 29.2 Mes 29.3 Año		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad 30.2 Municipio o Alcaldía 30.3 Entidad federativa 30.4 Día 30.5 Mes 30.6 Año	