



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

FOLIO
200637450

*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

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>FRANKYGA</u> Primer Apellido <u>HERNANDEZ</u> Segundo Apellido <u>PEREZ</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>25</u> Mes <u>08</u> Año <u>1963</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 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. CURP <u>H E F P 6 3 0 8 2 5 M S P R L R 0 2</u>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>133</u> Para menores de un día: Horas <u>133</u> Para menores de un mes: Días <u>133</u> Para menores de un año: Meses <u>56</u> Años cumplidos <u>56</u> Para menores de 28 días anote: 8.2 Semanas de gestación: <u>133</u> 8.3 Peso (gramos): <u>133</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 3 Divorciado(a) <input type="radio"/> 6 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>CALLE JOSE DE LOS REYES</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>133</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>133</u> 10.3 Núm. Exterior <u>79960</u> 10.4 Núm. Interior <u>79960</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>79960</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>79960</u> 10.7 Código Postal <u>79960</u> 10.8 Localidad <u>79960</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>79960</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>79960</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input 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"/> 9 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>LABORANTE DEL HOGAR</u> Se ignora <input type="radio"/> 9 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación		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 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>15.2 Nombre de la vivienda</u> 15.3 Núm. Exterior <u>15.4 Núm. Interior</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>15.6 Nombre del asentamiento humano</u> 15.7 Código Postal <u>15.8 Localidad</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>15.10 Entidad federativa</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>29</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u> Horas <u>04</u> Minutos <u>30</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>NEFRITIS AGUDA EN LA COMUNIDAD</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>CASO POSITIVO COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA HIPERTENSION ARTERIAL</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>12 HORAS</u> <u>7 DÍAS</u> <u>12 DÍAS</u> <u>5 AÑOS</u> <u>6 AÑOS</u>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
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	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		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 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>22.7.2 Nombre de la vivienda</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u> 22.7.7 Código Postal <u>22.7.8 Localidad</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>22.7.10 Entidad federativa</u>			
23. NOMBRE Nombre(s) <u>FRANKYGA</u> Primer Apellido <u>HERNANDEZ</u> Segundo Apellido <u>PEREZ</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>ESPOSO</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 type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>934454</u> 27. NOMBRE Nombre(s) <u>VERONICA ESPINO</u> Primer Apellido <u>MELO</u> Segundo Apellido <u>GARRIDO</u> 28. FIRMA <u>VERONICA ESPINO</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>29.2 Nombre de la vivienda</u> 29.3 Núm. Exterior <u>29.4 Núm. Interior</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u> 29.7 Código Postal <u>29.8 Localidad</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>29.10 Entidad federativa</u> 29.11 Teléfono <u>29.12 Entidad federativa</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>18</u> Mes <u>08</u> Año <u>2020</u>			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>31.1 Acta Núm.</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>32.2 Municipio o Alcaldía</u> 32.3 Entidad federativa <u>32.4 Día</u> 32.5 Mes <u>32.6 Año</u>			

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