



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

FOLIO
200637641

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

EL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ernesto Espinosa Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>7 03 1969</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>S.L.P.</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>EIHEG90307HSPSRRO7</u> Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
8. EDADE 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>31</u> Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Calle Emiliana Zapata</u> 10.1 Tipo de vialidad: _____ 10.2 Nombre de la vialidad: _____	
10.3 Num. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Axtla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>S.L.P.</u> 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: <u>La Purísima</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ 12. Primaria ☐ 3. Secundaria ☐ 5. Bachillerato o preparatoria ☒ Profesional ☐ 8. Posgrado ☐ 10. Se ignora ☐ 99. 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐ 2. 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>medico naturalista</u> 12.1 Trabajaba: SI ☐ No ☐ Se ignora ☐ 9. 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ 3. SEDENA ☐ 5. Seguro Popular ☐ 7. Otra ☐ 8. IMSS ☒ 2. PEMEX ☐ 4. SEMAR ☐ 6. IMSS PROSPERA ☐ 10. Se ignora ☐ 99.	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de ☐ IMSS ☐ 3. PEMEX ☐ 5. SEMAR ☐ 7. Unidad médica pública ☐ 8. Otra unidad pública ☐ 9. Unidad médica privada ☐ 9. 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>Emilia Zapata</u> 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: _____ 15.2 Nombre de la vialidad: _____ 15.3 Num. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Axtla</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>S.L.P.</u> 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: <u>La Purísima</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: _____ 15.10 Entidad federativa: _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>1 4 0 8 20 20</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 9.	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ☐ No ☒ 2.	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.). PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Infarto Agudo al Miocardio enrg. de muerde</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Narmonic Atipico</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>Suspecho de a card</u> Debido a (o como consecuencia de): d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: 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: _____ 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El parto ☐ 2. El puerperio ☐ 3. El embarazo ☐ 1. No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5. 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4. 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ☐ 1. No ☐ 2. 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI ☐ 1. No ☐ 2. 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 1. Homicidio ☐ 2. Suicidio ☐ 3. Se ignora ☐ 9. 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ 1. No ☐ 2. Se ignora ☐ 9. 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 0. Área deportiva ☐ 3. Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1. Calle o carretera (vía pública) ☐ 4. Escuela u oficina pública ☐ 2. Área comercial o de servicio ☐ 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 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: _____ 23. NOMBRE <u>Leonora Espinosa Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u> 25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1. Médico legista ☐ 2. Otro médico ☒ 3. Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4. Autoridad civil ☐ 5. Otro ☐ 8. 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7049280</u> Número de la cédula profesional 27. NOMBRE <u>Jaime Valdez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA <u>[Firma]</u> 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: _____ 29.2 Nombre de la vialidad: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Axtla</u> 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o Alcaldía: _____ 29.10 Entidad federativa: <u>S.L.P.</u> 29.11 Teléfono: _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>1 5 0 8 20 20</u> Día Mes Año 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u> 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Axtla de Zaragoza</u> 32.2 Fecha: <u>15 de mayo de 2020</u>	