



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

200638653

200638653

*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 HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>Hernán</u>		Primer Apellido <u>Mateo</u>	Segundo Apellido <u>Núñez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día <u>10</u>	Mes <u>01</u>	Año <u>1955</u>	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Colombia</u>		
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	8. EDAD CUMPLIDA		
<u>HN10550923H SPRINRDN</u>		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____	Para menores de una hora	Para menores de un día	
				Para menores de un mes	Para menores de un año	
				Para personas de un año o más	Años cumplidos <u>64</u> Se ignora <input type="radio"/> 9	
				Horas	Días	
				Minutos		
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5	
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad				
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.2 Nombre de la vialidad				
<u>107</u>		<u>Av. Victoria Centro</u>				
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
<u>7161700</u>		<u>100</u>	<u>Monachal</u>		<u>Monachal</u>	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
<u>15000</u>		<u>Monachal</u>	<u>Monachal</u>		<u>Colombia</u>	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:				
Ninguna <input type="radio"/> 1	Prescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica			
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	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
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"/> 99	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad				
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		
<u>601</u>	<u>10</u>	<u>Monachal</u>		<u>Monachal</u>		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		
<u>15000</u>	<u>Monachal</u>	<u>Monachal</u>		<u>Colombia</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				
Día <u>10</u>	Mes <u>01</u>	Año <u>2020</u>	Horas <u>00</u>	Minutos <u>00</u>	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						
a) Debido a (o como consecuencia de)						
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica						
b) Debido a (o como consecuencia de)						
c) Debido a (o como consecuencia de)						
d) Debido a (o como consecuencia de)						
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		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión				
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él(a) fallecido(a)	
Accidente <input type="radio"/> 1	Sí <input type="radio"/> 1	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7		
Homicidio <input type="radio"/> 2	No <input type="radio"/> 2	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Area comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8		
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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				
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
<u>10</u>	<u>10</u>	<u>Monachal</u>		<u>Monachal</u>		
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa		
<u>15000</u>	<u>Monachal</u>	<u>Monachal</u>		<u>Colombia</u>		
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s) <u>Pablo</u>		Primer Apellido <u>López</u>	Segundo Apellido <u></u>			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input type="radio"/> 3	Número de la cédula profesional			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 6	*Especifique			
27. NOMBRE		28. FIRMA				
Nombre(s) <u>Pablo</u>		Primer Apellido <u>López</u>	Segundo Apellido <u></u>			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
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		
<u>10</u>	<u>Av. Victoria Centro</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>Monachal</u>		
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
<u>Monachal</u>	<u>15000</u>	<u>Monachal</u>	<u>601</u>	Día <u>10</u> Mes <u>01</u> Año <u>2020</u>		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____				
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____	32.3 Entidad federativa _____			
			32.4 Día <u>10</u>	32.5 Mes <u>01</u>	32.6 Año <u>2020</u>	

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



200638653

DEL CERTIFICANTE

INF.

DEL REG. CIVIL