



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

FOLIO
200638656

*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) <u>Nicolas</u> <u>Montez</u> <u>Garcera</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Nuevo Leon</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/10/1973</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP <u>NTM10101973120000000000</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"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>18</u> años cumplidos Para menores de un día: <u>7</u> días Para menores de un mes: <u>1</u> meses Para menores de un año o más: <u>18</u> años cumplidos	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>14171010</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>10.1 Tipo de vialidad</u> <u>10.2 Nombre de la vialidad</u> <u>10.3 Núm. Exterior</u> <u>10.4 Núm. Interior</u> <u>10.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>10.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>10.7 Código Postal</u> <u>10.8 Localidad</u> <u>10.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <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 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>14171010</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.2 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad pública <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <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 Medicina</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>14171010</u> 14.3 Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Calle</u> <u>15.1 Tipo de vialidad</u> <u>15.2 Nombre de la vialidad</u> <u>15.3 Núm. Exterior</u> <u>15.4 Núm. Interior</u> <u>15.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>15.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>15.7 Código Postal</u> <u>15.8 Localidad</u> <u>15.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>15.10 Entidad federativa</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>14/10/2020</u> <u>12:32</u> Día Mes Año Horas Minutos		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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía y/o pneumonia específica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Probable 2019 nCoV (COVID-19)</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión Arterial sistémica</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>1 día</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>J080X</u> <u>B189</u> <u>U042</u> <u>I10X</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 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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 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"/> 22.4 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: <u>14171010</u> 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 <u>22.7.1 Tipo de vialidad</u> <u>22.7.2 Nombre de la vialidad</u> <u>22.7.3 Núm. Exterior</u> <u>22.7.4 Núm. Interior</u> <u>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>22.7.7 Código Postal</u> <u>22.7.8 Localidad</u> <u>22.7.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>22.7.10 Entidad federativa</u>		23. NOMBRE <u>Ernesto</u> <u>Rosales</u> <u>Jimenez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		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>7209985</u> Número de la cédula profesional	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7209985</u> Número de la cédula profesional		27. FIRMA <u>Ernesto Rosales Jimenez</u>	
28. NOMBRE <u>Ernesto</u> <u>Rosales</u> <u>Jimenez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calle</u> <u>29.1 Tipo de vialidad</u> <u>29.2 Nombre de la vialidad</u> <u>29.3 Núm. Exterior</u> <u>29.4 Núm. Interior</u> <u>29.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>29.7 Código Postal</u> <u>29.8 Localidad</u> <u>29.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>29.10 Entidad federativa</u> <u>29.11 Teléfono</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>14/10/2020</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>14171010</u> Libro Núm. <u>14171010</u> 31.1 Acta Núm. <u>14171010</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>14171010</u> <u>14171010</u> 32.1 Localidad <u>14171010</u> <u>14171010</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>14171010</u> <u>14171010</u> 32.3 Entidad federativa <u>14171010</u> <u>14171010</u>		32.4 Día <u>14</u> Mes <u>10</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