



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Moneda 2017-1

FOLIO

210830317

Z10830317 210830317 210830317 210830317 210830317 210830317 210830317 210830317 210830317

1. NOMBRE DEL
FALLECIDO(A)

Pétra

Nombre(s)

Sánchez

Revolloso

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

19 10 1950

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre Mujer

Se ignora

O₉

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

SIARIPSONL1950MSPINVIT09

Se ignora

O₉₉

Sí

No

Se ignora

O₉

6. ¿HABLABA ALGUNA
 LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

Se ignora

O₂

Especifique _____

7. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

Se ignora

O₉

8. EDAD

CUMPLIDA

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

Minutos

Horas

Días

Meses

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

245

10.3 Núm. Exterior

10.4 Núm. Interior

10.7 Código Postal

10.8 Localidad

11. ESCOLARIDAD

Ninguna

Bachillerato o preparatoria

Profesional

Posgrado

Preescolar

Primaria

Secundaria

Completa

Incompleta

Unidad médica privada

Otra unidad médica pública

SEDENA

ISSSTE

PEMEX

IMSS

SEMAR

IMSS PROSPERA

Seguro Popular

Otra

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.3 Núm. Exterior

15.4 Núm. Interior

15.7 Código Postal

15.8 Localidad

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

03 11 2020

11 00

Dia Mes Año Horas Minutos

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Insuficiencia respiratoria aguda grave

Debido a (o como consecuencia de)

b) Neumonía probable COVID-19

Debido a (o como consecuencia de)

c) Diabetes Mellitus tipo 2

Debido a (o como consecuencia de)

d) HAS / Hipertensión Arterial Sistémica

Debido a (o como consecuencia de)

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

Si

No

Se ignora

43 días a 11 meses

después del parto o aborto

No estuve embarazada en los

últimos 11 meses previos a la muerte

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 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Vivienda colectiva

Escuela u oficina pública

Otro

Área industrial

Área deportiva

Calle o carretera

Otro

Área comercial o de servicio

Se ignora

22.4 Anote 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 Anote 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

Michael Loredo

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Hijo

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

Autoridad civil*

Otro*

Otro médico*

Otro

Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

5730349

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Carolina

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO

Proloma Valentin Amador

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

29.7 Código Postal

29.8 Localidad

29.9 Municipio o Alcaldía

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

19 11 2020

Año

29.12 DIA MES AÑO

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE LA CIUDAD

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

22.8.1 DIA MES AÑO

22.8.2 DIA MES AÑO

22.8.3 DIA MES AÑO

22.8.4 DIA MES AÑO

22.8.5 DIA MES AÑO

22.8.6 DIA MES AÑO

22.8.7 DIA MES AÑO

22.8.8 DIA MES AÑO

22.8.9 DIA MES AÑO

22.8.10 DIA MES AÑO

22.8.11 DIA MES AÑO

22.8.12 DIA MES AÑO

22.8.13 DIA MES AÑO

22.8.14 DIA MES AÑO

22.8.15 DIA MES AÑO

22.8.16 DIA MES AÑO

22.8.17 DIA MES AÑO

22.8.18 DIA MES AÑO

22.8.19 DIA MES AÑO

22.8.20 DIA MES AÑO

22.8.21 DIA MES AÑO

22.8.22 DIA MES AÑO

22.8.23 DIA MES AÑO

22.8.24 DIA MES AÑO

22.8.25 DIA MES AÑO

22.8.26 DIA MES AÑO

22.8.27 DIA MES AÑO

22.8.28 DIA MES AÑO

22.8.29 DIA MES AÑO

22.8.30 DIA MES AÑO

22.8.31 DIA MES AÑO

22.8.32 DIA MES AÑO

22.8.33 DIA MES AÑO

</