



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

Modulo 2017.1
FOLIO
210835806
SECRETARÍA DE SALUD

*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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Marcelino Del Toro Tapia</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>19/06/1964</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
	5. CURP <u>TOTW5410618451PAPA102</u>	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>66</u> años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Edificio</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>El Estero</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>1792610</u> 10.4 Núm. Interior: <u>1792610</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad de México</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad de México</u> 10.7 Código Postal: <u>06000</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad de México</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad de México</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>México</u>			
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4195540024-1 1919519E</u>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐	14.1 Nombre de la unidad médica <u>HCG-HG</u>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Edificio</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Mexico</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1792610</u> 15.4 Núm. Interior: <u>1792610</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad de México</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad de México</u> 15.7 Código Postal: <u>06000</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad de México</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad de México</u> 15.10 Entidad federativa: <u>México</u>			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>28/01/2021</u> 16.1 Día: <u>28</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>2021</u> 16.2 Hora: <u>10</u> Minutos: <u>30</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☐	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa en cada renglón. Evito señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.-) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>COVID-19</u> b) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> c) <u>Insuficiencia renal aguda</u> d) <u>Hipertensión esencial primaria</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>14 días</u> <u>3 días</u> <u>10 años</u> <u>20 años</u>	
	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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐	
	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 ¿Silo donde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anoto la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u>140x</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>140x</u>	
	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>140x</u>		22.7 Anoto el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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:	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE <u>Marcelino Del Toro Tapia</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>11</u>	25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro* ☐	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>1792610</u>	27. NOMBRE <u>Marcelino Del Toro Tapia</u>	28. FIRMA <u>Marcelino Del Toro Tapia</u>	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 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: <u>1792610</u>
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>28/01/2021</u> 30.1 Día: <u>28</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>2021</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1792610</u> Libro Núm. <u>1792610</u>	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:			