



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

FOLIO

210836909

210836909 210836909 210836909 210836909 210836909 210836909

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <i>Isidro García Barrera</i>		Primer Apellido <i>Barrera</i>	Segundo Apellido <i></i>
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <i>16</i> Mes <i>12</i> Año <i>1954</i>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/>		8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL 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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>	10.2 Nombre de la vialidad <i>República de Baja</i>
10.3 Núm. Exterior <i>1283</i>	10.4 Núm. Interior <i></i>	10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Calle</i>	10.6 Nombre del asentamiento humano <i>Colonia</i>
10.7 Código Postal <i>21000</i>		10.8 Localidad <i>Colonia</i>	10.9 Municipio o Alcaldía <i>San Juan de los Lagos</i>
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital de la Cruz Roja</i>	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1102		15.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>	15.2 Nombre de la vialidad <i>Colonia</i>
15.3 Núm. Exterior <i>1102</i>	15.4 Núm. Interior <i></i>	15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Calle</i>	15.6 Nombre del asentamiento humano <i>Colonia</i>
15.7 Código Postal <i>21000</i>		15.8 Localidad <i>Colonia</i>	15.9 Municipio o Alcaldía <i>San Juan de los Lagos</i>
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <i>12</i> Mes <i>2021</i> Año <i>2021</i> Horas <i>10</i> Minutos <i>06</i>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>5 días</i>	
a) Debió a (o como consecuencia de)			
b) Debió a (o como consecuencia de)			
c) Debió a (o como consecuencia de)			
d) Debió 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		Hiper tensión arterial Sistémica	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8 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, circunstancia o motivo 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 <i>1102</i>	22.7.4 Núm. Interior <i></i>	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal <i>21000</i>		22.7.8 Localidad <i>Colonia</i>	22.7.9 Municipio o Alcaldía <i>San Juan de los Lagos</i>
22.7.10 Entidad federativa <i>Estado de México</i>			
23. NOMBRE Nombre(s) <i>Maria Guadalupe Gómez Tavares</i>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer Apellido <i>Gómez</i>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Segundo Apellido <i>Tavares</i>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Autoridad civil <input type="radio"/> 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 5		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <i>3288350</i>
27. NOMBRE <i>Maria Guadalupe Gómez Tavares</i>		28. FIRMA <i>Hija</i>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Buenos Villas		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Número de la vialidad
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
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Número, <i>1102</i> Libro Núm. <i>100</i>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <i>12</i> Mes <i>2021</i> Año <i>2021</i>
31.1 Acta Núm. <i>1260100</i>		32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa
32.4 Día <i>12</i> Mes <i>2021</i> Año <i>2021</i>		32.5 Día <i>12</i> Mes <i>2021</i> Año <i>2021</i>	

*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
DE 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

210836909

210836909

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