



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		J. Jesus		Montalvo		Delgado					
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día 21	Mes 10	Año 1956	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Zacatecas.			
5. CURP		M0D1J561021H2SNLS09		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora _____ Minutos	Para menores de un día _____ Horas	Para menores de un mes _____ Días	Para menores de un año _____ Meses	Para personas de un año o más _____ Años cumplidos	Para personas de un año o más _____ Meses	Para personas de un año o más _____ Años cumplidos			
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 35 Se ignora <input type="radio"/> 99			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Avecada Localidad	San Antonio.	10.2 Nombre de la vialidad	Los Gomez.				
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano							
7 18 394		10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Comerciante	12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación:	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12					
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	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Unidad médica pública <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Núm. Exterior	15.2 Núm. Interior	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano				
1112 - Colonia		178436	Soledad Graciaos	178436	Soledad Graciaos	Calle	Valentín Gómez S. L. P.				
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día 17	Mes 01	Año 2021	Horas 10	Minutos 02	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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.)		19.1 Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente									
		a)	Neumonía por COVID-19						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	12 días.	
		b)	Debido a (o como consecuencia de)						Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
		c)	Debido a (o como consecuencia de)								
		d)	Debido a (o como consecuencia de)								
19.2 Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Insuficiencia Renal Crónica Diabetes Mellitus. Tipo 2								19.3 Causas antecedentes	
										19.4 Causas antecedentes	19.5 Causas antecedentes
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"/> 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	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	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente	Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Número de la cédula profesional									
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	22.7.1 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		José Angel Lopez		Montalvo	Sobrino	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	Dirección Tiro *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
27. NOMBRE		Enrique Alvaro Dominguez		Yrene	3204093	Número de la cédula profesional					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
28. FIRMA											
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Calle	Valentín Gómez	1112	Colonia	29.5 Tipo de asentamiento humano					
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Nombre del asentamiento humano	29.6 Número de la cédula profesional					
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					
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12 Día	29.13 Mes	29.14 Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día					
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes					
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año					