



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

FOLIO
210849496
Modelo 2017.1

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Fernando Nombre(s) Angeles Primer Apellido Sanchez Segundo Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO 13/10/1981 Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Mexico Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP LAELSF18161015310HIMICNINR1015 Se ignora ☐ 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Especifique		Se ignora ☐ 9	
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 10 3 5 Se ignora ☐ 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Casado(a) ☐ 5 Divorciado(a) ☒ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Calle 10.2 Nombre de la vivienda: 30 de Mayo 10.3 Núm. Exterior: 717 10.4 Núm. Interior: 191010101 10.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad de México 10.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad de México 10.7 Código Postal: 06700 10.8 Localidad: Ciudad de México 10.9 Municipio o Alcaldía: Cuauhtémoc 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): México			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☒ 5 Bachillerato ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☒ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 0305860501 5111986 PE			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de ☐ 1 IMSS ☒ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Zona 6 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Calle 15.2 Nombre de la vivienda: 30 de Mayo 15.3 Núm. Exterior: 717 15.4 Núm. Interior: 191010101 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad de México 15.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad de México 15.7 Código Postal: 06700 15.8 Localidad: Ciudad de México 15.9 Municipio o Alcaldía: Cuauhtémoc 15.10 Entidad federativa: México		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/10/2020 2:03:11 Día Mes Año Horas Minutos Segundos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9			
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 1 No ☒ 2		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) Choque hipovolémico Debido a (o como consecuencia de) b) Sangrado del tubo digestivo Debido a (o como consecuencia de) c) Enfermedad renal crónica, etapa 5 Debido a (o como consecuencia de) d) COVID-19 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 hrs 24 hrs 11 años 16 días Uso exclusivo del personal codificador Código CIE R591 K922 N185 U071			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE R591		21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒ 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☒ 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☒ 2					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 4 Calle o carretera (vía pública) ☐ 5 Escuela u oficina pública ☐ 6 Área comercial o de servicio ☐ 7 Se ignora ☐ 8 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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 Añote 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					
23. NOMBRE Nancy Judith Nombre(s) Díaz Primer Apellido Angeles Segundo Apellido Hernández		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Hermana		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9685936 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE Hector Antonio Nombre(s) Gonzalez Primer Apellido Hernandez Segundo Apellido		28. FIRMA [Firma]		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Calle 29.2 Nombre de la vivienda: 30 de Mayo 29.3 Núm. Exterior: 717 29.4 Núm. Interior: 191010101 29.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad de México 29.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad de México 29.7 Código Postal: 06700 29.8 Localidad: Ciudad de México 29.9 Municipio o Alcaldía: Cuauhtémoc 29.10 Entidad federativa: México			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/10/2020 Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año			

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