



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248009

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Reynaldo</u> Primer Apellido <u>Artenas</u> Segundo Apellido <u>Montalvo</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>29</u> Mes <u>03</u> Año <u>1968</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Tamaulipas</u>	
5. CURP <u>CIAMIR2680329HTSRNY03</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>7</u> Para menores de un día: Horas <u>1</u> Para menores de un mes: Días <u>15</u> Para menores de un año: Meses <u>3</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>53</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle Plan de San Luis</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Barrio</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>El Nacimiento</u> 10.3 Núm. Exterior <u>797710</u> 10.4 Núm. Interior <u>10</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tampusopo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Sin Río Potosi</u> 10.7 Código Postal <u>24300</u> 10.8 Localidad <u>San Antonio</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Antonio</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>México</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEXEX <input type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>356-300</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEXEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Ciudad Victoria</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SPS-3A000356</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior <u>740910</u> 15.4 Núm. Interior <u>10</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Carretera</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Carretera</u> 15.7 Código Postal <u>24300</u> 15.8 Localidad <u>San Antonio</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Antonio</u> 15.10 Entidad federativa <u>México</u>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>03</u> Mes <u>03</u> Año <u>2021</u> Horas <u>22</u> Minutos <u>30</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) <u>Enfermedad de Influenza Respiratoria Aguda</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de) Influenza por SARS COV-2</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de) Influenza por SARS COV-2</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de) Influenza por SARS COV-2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>48.8</u>		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 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Vecino</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>11934</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Enfermedad de Influenza Respiratoria Aguda</u>	
22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>740910</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>10</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Carretera</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Carretera</u> 22.7.7 Código Postal <u>24300</u> 22.7.8 Localidad <u>San Antonio</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Antonio</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>México</u>			
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Hector Manuel</u> Primer Apellido <u>Flores</u> Segundo Apellido <u>García</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Vecino</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>11934</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Raul</u> Primer Apellido <u>Vega</u> Segundo Apellido <u>Gonzalez</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior <u>740910</u> 29.4 Núm. Interior <u>10</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Carretera</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Carretera</u> 29.7 Código Postal <u>24300</u> 29.8 Localidad <u>San Antonio</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Antonio</u> 29.10 Entidad federativa <u>México</u> 29.11 Teléfono <u>4313321170</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>03</u> Mes <u>03</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> , Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Antonio</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Antonio</u> 32.3 Entidad federativa <u>México</u> 32.4 Día <u>03</u> Mes <u>03</u> Año <u>2021</u>	



212248009