

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

FOLIO
212248255

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)
Ma. Concepcion Gonzalez Antonia
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO
12/08/1957
Día Mes Año

3. SEXO
Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP
C615AIC171112B411P1B1B1B1B1
Se ignora 09

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
Si 01 No 02 Se ignora 09

7. NACIONALIDAD
Mexicana 01 Otra 02 → Especifique

8. EDAD CUMPLIDA
Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más
06 3 Años cumplidos

9. ESTADO CONYUGAL
Separado(a) 06 Viudo(a) 02 Casado(a) 05
En unión libre 04 Divorciado(a) 03 Soltero(a) 01 Se ignora 09

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano
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 01 Preescolar 02 Primaria 03 Secundaria 05
Bachillerato o preparatoria 07 Profesional 08 Posgrado 10 Se ignora 09
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 01 Incompleta 02

12. OCUPACIÓN HABITUAL
12.1 Trabajaba Si 01 No 02 Se ignora 09

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seg. Popular / INSABI 07 Otra 08
IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS BIENESTAR 10 Se ignora 09
13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07
IMSS BIENESTAR 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08 Unidad médica privada 09
14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
15/08/2021 12:00
Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
Si 01 No 02 Se ignora 09

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?
Si 01 No 02

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) COVID 19
Debido a (o como consecuencia de)
b) choque eléctrico
Debido a (o como consecuencia de)
c)
Debido a (o como consecuencia de)
d)
PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo
Hipertension Arterial

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03
43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
Si 01 No 02
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
Si 01 No 02

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto
Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
Si 01 No 02 Se ignora 09
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
Vivienda particular 01 Área deportiva 03
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 02 Calle o carretera (vía pública) 04
Escuela u oficina pública 01 Área comercial o de servicio 05
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Granja (rancho o parcela) 07
Otro 08 Se ignora 09
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 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 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
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

25. CERTIFICADA POR
Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico* 03
Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil* 05 Otro* 08
*Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
Número de la cédula profesional

27. NOMBRE
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO Y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 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

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Día Mes Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA 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 32.5 Mes 32.6 Año

212248255

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA