



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

212248276

\*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 DE LOS PARTICULARES



212248276

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <u>Ma. Guadalupe Perez Rojas</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>06/12/1952</u>	3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Tlaxcala</u>	
5. CURP <u>PIRIGU521121016NTIS735D07</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA <u>06/81</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Benito Juárez</u>	
11. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>0907740437 4F147</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General Zona 406</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Bulevar Francisco de Arce</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>17/08/2021 08:10</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
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) <u>Síndrome de dificultad Respiratoria del Adulto</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes mellitus no especificada con complicaciones</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión esencial (primaria)</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>J80X</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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	
22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="radio"/>	
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 vialidad <input type="radio"/>	
22.7.2 Nombre de la vialidad <input type="radio"/>	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior <input type="radio"/>	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano <input type="radio"/>	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano <input type="radio"/>	
22.7.7 Código Postal <input type="radio"/>	
22.7.8 Localidad <input type="radio"/>	
22.7.9 Municipio o Alcaldía <input type="radio"/>	
22.7.10 Entidad federativa <input type="radio"/>	
23. NOMBRE <u>Alma Ivette Sánchez Gómez</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) <u>Nieto</u>	
25. CERTIFICADA POR <input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>11132634</u>	
27. NOMBRE <u>Jorge Estrada Henert</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Bulevar Francisco de Arce</u>	
29.1 Tipo de vialidad <input type="radio"/>	
29.2 Nombre de la vialidad <input type="radio"/>	
29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior <input type="radio"/>	
29.5 Tipo de asentamiento humano <input type="radio"/>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <input type="radio"/>	
29.7 Código Postal <input type="radio"/>	
29.8 Localidad <input type="radio"/>	
29.9 Municipio o Alcaldía <input type="radio"/>	
29.10 Entidad federativa <input type="radio"/>	
29.11 Teléfono <input type="radio"/>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>17/08/2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <input type="radio"/>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <input type="radio"/>	
32.1 Localidad <input type="radio"/>	
32.2 Municipio o Alcaldía <input type="radio"/>	
32.3 Entidad federativa <input type="radio"/>	
32.4 Día Mes Año <input type="radio"/>	

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