

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212248330

ANTES DE NAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Mario Alberto</u> Primer Apellido <u>Correa</u> Segundo Apellido <u>Correa</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>05</u> Mes <u>11</u> Año <u>1951</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>213</u>
5. CURP <u>CDL45101105456PBP2016</u> Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ 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 <u>07</u>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(los) fallecido(s) <u>Montes de Oro</u> 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 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 <u>Tamazunchale</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Mateo</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐ 12.1 Trabajaba ☐ No ☐ Se ignora ☐		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☐ No ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4193750689-1</u>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica _____ IMSS BIENESTAR ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____ 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 <u>Tamazunchale</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Mateo</u> 15.10 Entidad federativa _____		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>16</u> Mes <u>12</u> Año <u>2021</u> Horas <u>13</u> Minutos <u>10</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) a) <u>Muerte por COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> _____ c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>50 días</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____		
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 ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto _____ 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____ 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 Nombre(s) <u>Jose Raul</u> Primer Apellido <u>Medina</u> Segundo Apellido <u>Medina</u>		
24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) <u>Uso exclusivo del personal codificador</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ <u>General</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro* ☐ Especifique _____ Número de la cédula profesional _____		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7815063</u>		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Arturo Miguel</u> Primer Apellido <u>Navarro</u> Segundo Apellido <u>Navarro</u>		
28. FIRMA <u>Arturo Miguel Navarro</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 <u>16</u> Mes <u>12</u> Año <u>2021</u>		
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 _____ Mes _____ Año _____		

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

*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 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



212248330