

ESTADÍSTICA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212248332

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		Nombre(s) Teodoro	Primer Apellido Malo	Segundo Apellido Tovibio
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		27 11 1968	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Hidalgo
5. CURP MMTT691227HGLRDO1		Se ignora <input type="radio"/> 099	6. J. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 08	7. NACIONALIDAD Mexicano <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09 Otro <input type="radio"/> 02 → 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 menores de 28 días anote: 8.1. Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2. Semanas de gestación: 8.3. Peso (gramos):	8.4. Entidad federativa o país (si nació en el extranjero):	8.5. Para personas de un año o más Años cumplidos 052 Se ignora <input type="radio"/> 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 resida en el extranjero)	10.10 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero) Hidalgo	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 02	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabaja <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099		13.1 Número de seguridad social o afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		14.1 Nombre de la unidad médica H214 Zacatlán	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN S/N		15.1 Tipo de vialidad Colonia 15.2 Nombre de la vialidad Zacatlán	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 07 09 2021 04:00		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	18. SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>Neumonía Sospechosa SARS Cov 2 6 días</i> Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <i>Diabéticos Maltrato tipo 2</i> Debido a (o como consecuencia de)	Uso exclusivo del personal coordinador Código CIE	
c) <i>6 meses</i> Debido a (o como consecuencia de)				
d) <i>6 meses</i> Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				
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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto/abortedo <input type="radio"/> 04 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Granja <input type="radio"/> 07 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 01 Calle o carretera <input type="radio"/> 04 Rancho o parcela <input type="radio"/> 07 Escuela u oficina <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05 Otra <input type="radio"/> 08 Área industrial <input type="radio"/> 06 Se ignora <input type="radio"/> 09	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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	
23. NOMBRE Nombre(s) <i>Abel</i> Primer Apellido <i>Malo</i> Segundo Apellido <i>Gonzalez</i>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil* <input type="radio"/> 05 Otra* <input type="radio"/> 08 *Especifique <i>MVTA</i>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 611941		
27. NOMBRE Nombre(s) <i>Adriana Gómez Paralta</i> Primer Apellido <i>García</i> Segundo Apellido <i>Paralta</i>		28. FIRMA <i>Adriana Gómez Paralta</i>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Número del asentamiento humano <i>Zacatlán</i> 29.2 Código Postal <i>22700</i> 29.3 Número de la vivienda <i>511</i> 29.4 Número interior <i>S/N</i> 29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Número de la vivienda <i>511</i> 29.7 Código Postal <i>22700</i> 29.8 Número interior <i>S/N</i> 29.9 Municipio o Alcaldía <i>Zacatlán</i> 29.10 Entidad federativa <i>Hidalgo</i> 29.11 Teléfono <i>01 763 70 21 21</i>	29.12 Fecha de certificación <i>10/09/2021</i>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	32.2 Municipio o Alcaldía _____	
31.1 Acta Número _____		32.3 Entidad federativa _____	32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

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