



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FUDG

212248336

212248336

ANTES DE L

LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 POSSESIÓN
DE LA SECRETARÍA DE SALUD. ESTA COPIA DE DATOS PERSONALES ESTÁ DISEÑADA PARA SU USO EN PROCESOS

DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS FALLECIDOS

1. NOMBRE DEL/(DE LA) FALLECIDO(A)		Esperanza		Tvejo		Morales			
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		Hidalgo			
5. CURP TEJEMEN180717HMBR00		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		Se ignora <input type="radio"/> 9			
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	
Para menores de 28 días anota: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Casado(a) <input type="radio"/> 5	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el/(la) fallecido(a)									
10.3 Núm. Exterior 422814		10.4 Núm. Interior 1000		10.5 Tipo de asentamiento humano Casa particular		10.6 Nombre del asentamiento humano Hidalgo			
10.7 Código Postal 10000		10.8 Localidad Casa particular		10.9 Municipio o Alcaldía Hidalgo		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6		IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica Hospitales		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Casa particular en San Martín Km 3									
15.3 Núm. Exterior 1000		15.4 Núm. Interior 1000		15.5 Tipo de asentamiento humano Casa particular		15.6 Nombre del asentamiento humano Casa particular		15.7 Código Postal 10000	
15.8 Localidad Casa particular		15.9 Municipio o Alcaldía Casa particular		15.10 Entidad federativa Casa particular					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Dia Mes Año 10 08 2021		15.11 Horas 100 20		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)									
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente									
a) <i>Neumonía por COVID.</i> Debido a (o como consecuencia de)									
b) Debido a (o como consecuencia de)									
c) Debido a (o como consecuencia de)									
d) Debido a (o como consecuencia de)									
PARTE II Otro(s) estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o lesión que produjo la muerte									
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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5									
21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/(la) fallecida(o)									
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE									
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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9									
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2									
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/(la) fallecida(o)									
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) <i>Elena</i> Primer Apellido <i>Tvejo</i> Segundo Apellido <i>Herrández</i>									
24. PARENTESCO CON EL/(LA) FALLECIDO(A) Soror <input type="radio"/> 1									
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique <i>General</i>									
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <i>7815063</i>									
27. NOMBRE <i>Atasio Fack</i> Primer Apellido <i>Fack</i> Segundo Apellido <i>Morarrete</i> 28. FIRMA <i>Atasio Fack</i>									
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad Casa particular en San Martín Km 3									
29.2 Nombre de la vialidad Casa particular									
29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano							
29.6 Nombre del asentamiento humano Casa particular		29.7 Código Postal 10000							
29.8 Localidad Casa particular		29.9 Municipio o Alcaldía Casa particular							
29.10 Entidad federativa Casa particular		29.11 Teléfono 10000							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10 08 2021									
DE DEL FALLECIDO DEL INF. DEL CERTIFICANTE									

卷之三

212248336