



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212248398

*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

212248398

212248398

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) BARTOLO HERNANDEZ		2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 21 03 1982		3. SEXO Nombre ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) CHAMPULALPAN	
5. 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 21 03 1982		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. 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(ella) fallecido(a) CALLE ENTRANCAL A LA COMUNIDAD		10.3 Núm. Exterior 103		10.4 Núm. Interior 104		10.5 Tipo de asentamiento humano URBANO	
10.6 Localidad CHAMPULALPAN		10.7 Código Postal 55000		10.8 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) MEXICO		10.9 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) MEXICO	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☒		12. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna ☐ No ocupados ☒ Trabajaba ☐ Se ignora ☐		12.1 Trabajaba Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ IMSS ☒ IMSS BIENESTAR ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación HEB30824100		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☒		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 0000000000000000	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad BOULEVARD		15.2 Nombre de la vialidad BOULEVARD		15.3 Núm. Exterior 153		15.4 Núm. Interior 154	
15.5 Tipo de asentamiento humano PUEBLO		15.6 Localidad TAMAZUNCHALE		15.7 Código Postal 55000		15.8 Entidad federativa MEXICO	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 21 03 2020 00 00		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE 3 DÍAS	
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 NEUMONÍA VIRAL COVID-19 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U09.1		21.1 ¿La defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años? El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 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? Si ☐ No ☒	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a) OTRO		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 vialidad BOULEVARD		22.7.2 Nombre de la vialidad BOULEVARD	
22.7.3 Núm. Exterior 2273		22.7.4 Núm. Interior 2274		22.7.5 Tipo de asentamiento humano URBANO		22.7.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE	
22.7.7 Código Postal 55000		22.7.8 Localidad TAMAZUNCHALE		22.7.9 Municipio o Alcaldía SAN MARTIN		22.7.10 Entidad federativa MEXICO	
23. NOMBRE Nombre(s) HERNANDEZ Apellido AGUIRRE		24. PARENTESCO CON EL(EL) FALLECIDO(A) HIJO(A)		25. CERTIFICANTE Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☒ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 123456789	
27. NOMBRE Nombre(s) ALVAREZ Apellido ANDRADE		28. FIRMA [Firma]		29. DOMICILIO Y TELEFONO 29.1 Tipo de vialidad CARRETERA		29.2 Nombre de la vialidad TAMAZUNCHALE	
29.3 Tipo de asentamiento humano URBANO		29.4 Núm. Exterior 79		29.5 Núm. Interior 79		29.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE	
29.7 Código Postal 55000		29.8 Localidad TAMAZUNCHALE		29.9 Municipio o Alcaldía SAN MARTIN		29.10 Entidad federativa MEXICO	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 21 03 2020		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad TAMAZUNCHALE		31.2 Fecha de registro 21 03 2020		31.3 Libro Núm. 212248398	