



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248451

1. NOMBRE DEL(DEL(A) FALLECIDO(A)		ANDRÉS MARTÍNEZ GARCÍA	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
2 Día Mes 9 Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
MAGA411020HGRRN05		HIDALGO	
6. EDAD		7. NACIONALIDAD	
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		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/>	
En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL			
Añote el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a)			
CALLEJÓN ZOOYOTLA			
10.5 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano			
10.6 Nombre del asentamiento humano			
TAMAZUNCHALE			
11. ESCOLARIDAD			
Ninguna <input type="radio"/> Prescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> Prescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
Boulevard ISSSTE			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			
6 Día 0 Mes 2 Año 1 Hora 15 Minutos			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
a) NEUMONÍA VIRAL COVID-19			
b) Debido a (o como consecuencia de)			
c) Debido a (o como consecuencia de)			
d) Debido a (o como consecuencia de)			
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 <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			
Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			
22.1 Fue un presunto			
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?			
Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			
Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (via 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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a)			
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 vitalidad			
22.7.2 Nombre de la vitalidad			
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			
LUIS ENRIQUE MARTÍNEZ PACHECO			
24. PARENTESCO CON EL(ELLA) FALLECIDO(A)			
Hijo			
25. CERTIFICADA POR			
Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Número de la cédula profesional			
9720651			
27. NOMBRE			
Andrés Avarez Andrade			
28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			
29.1 Tipo de vitalidad			
29.2 Nombre de la vitalidad			
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			
01/09/2021			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
Núm. Libro 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 CERTIFICA LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

RECIBI ORIGINAL Y 2 COPIAS
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212248451