



**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

11/12/2024

212248457

DEclaración de Fallecimiento de Personas Físicas

FICHA DE FALLECIMIENTO

ESTADO DE VERACRUZ

FOLIO: 7815063

1. NOMBRE DEL (LA) FALLECIDO(A)	Juan Pablo	Hernandez	Gonzalez			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	29061977	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Veracruz			
5. CURP	HIEGJ770629HIZRINNOZ	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
	Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>			
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 anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)					
SN	10.1 Tipo de vialidad					
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
9120611	1 Llano Grande	Tempoal	Veracruz			
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL
Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	Chofer
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación
IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	6505770506	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica					Via pública <input type="radio"/>
Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	HR 44 Zacatipán	Otro lugar <input type="radio"/>	
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad médica privada <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad					Se ignora <input type="radio"/>
Carretera a San Martín Km 3	15.2 Nombre de la vialidad					
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa		
		Zacatipán	Tanacanchale	San Luis Potosí		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.11 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. SE PRATICÓ NECROPSIA?				
1908202111139	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, estenia, etc.)	19.1 Causa de la defunción			19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.3 Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) COVIO	Debido a (o como consecuencia de)		14 días		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron, que produjeron la causa considerando arritmia, mencionándose en su lugar la causa básica	b)	Debido a (o como consecuencia de)				
c)	Debido a (o como consecuencia de)					
d)						
PARTE II Otros estados patológicos específicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Código CIE			
El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>				
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Note la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/>				
Accidente <input type="radio"/>	Calle o carretera <input type="radio"/>	(taller, fábrica u oficina)				
Homicidio <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Granja <input type="radio"/>				
Suicidio <input type="radio"/>	Escuela u oficina <input type="radio"/>	(rancho o parcela)				
Se ignora <input type="radio"/>	Local comercial <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>				
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. NOMBRÉ	Hernandez	Gonzalez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hermano			
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/>	Médico legalista <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/>				
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>				
		General <input type="radio"/>				
		7815063				

ESTA POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES ESTÁ DISEÑADA PARA PROPORCIONARLE AL USUARIO UNA MEJOR ENTENDIMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES QUE COLECTAMOS, COMO TAMBÉN DE LOS USOS A LOS CUALES PONEMOS ESTOS DATOS A DISPOSICIÓN.