

SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO  
212248458

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Keebo certificado original una copia azul y una rosa Elitoret Martinez Roberto a una rosa Elitoret Martinez Roberto a la SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO 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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

<b>1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)</b> Eira Roberto Muñoz		<b>3. SEXO</b> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> Jalisco	
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día: 19 Mes: 9 Año: 1954		<b>5. CURP</b> RUMESAPOS24M490PYIV01		<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> 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: 067		<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique:	
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a): Carabanchal Jalisco		<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> 15.1 Tipo de vialidad: 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:	
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> Día: 19 Mes: 9 Año: 2021 Hora: 11 Minutos: 00		<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote 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: a) Debido a (o como consecuencia de): COVID		b) Debido a (o como consecuencia de): c) Debido a (o como consecuencia de): d) 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 morbosos que la produjo: 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:	
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		<b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		<b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:</b> 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: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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:	
<b>23. NOMBRE</b> Elitoret Martínez Muñoz		<b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b> Hijo		<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	
<b>27. NOMBRE</b> Elitoret Martínez Muñoz		<b>28. FIRMA</b> Elitoret Martínez Muñoz		<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Número de la cédula profesional: 7815063	
<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b> 29.1 Tipo de vialidad: 29.2 Nombre de la vialidad: 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:		<b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> Día: 19 Mes: 9 Año: 2021	
<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO</b> Num. Libro Num.		<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:		<b>31.1 Acta Núm.</b>	

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



212248458