



**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)			Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
Homero			Perez		Estanislao					
2. FECHA DE NACIMIENTO 08 03 1984 Día Mes Año			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO S.P.		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP PEEH940308ASPRSM09			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 →		Se ignora <input type="radio"/> 09			
8. EDAD CUMPLIDA 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	
9. ESTADIA Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 06 En unión libre <input type="radio"/> 04 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01		Casado(a) <input type="radio"/> 05 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			Calle Localidad		Aldama Palictla		10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano		Tamazunchale		10.1 Tipo de vialidad		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
10.7 Código Postal			10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		12.2 Ocupación Habitual Discapacitado	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09			11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02		14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 08		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09			14.3.1 Número de seguridad social o afiliación PEAF 44011917		15.1 Nombre de la vialidad Carretera Colonia		15.2 Nombre de la vialidad Tamazunchale - San Matías		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 08			15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN km 1			15.5 Tipo de asentamiento humano		Tamazunchale		S.P.		Tamazunchale - San Matías	
15.7 Código Postal			15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		15.11 Nombre del asentamiento humano	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02 09 2021 23 53 Día Mes Año Horas Minutos			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		17.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		17.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			b) Neumonía Atípica por Covid 19 Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Unos 9 días	
c)			c) Debido a (o como consecuencia de)		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
d)			d) Debido a (o como consecuencia de)		Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		37 años	
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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.7.2 Nombre de la vialidad			
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		22.7.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.7.4 Núm. Exterior 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		22.7.11	
23. NOMBRE Susana Perez Estanislao			Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermana		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil* <input type="radio"/> 05 Otra* <input type="radio"/> 08		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7049383 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Brenda Rocío Lopez Zavala			Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA Brenda		29. DOMICILIO y TELÉFONO Callejera Tamazunchale San Matías		29.1 Tipo de vialidad	
29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
Tamazunchale			S.P.		S.P.		S.P.		S.P.	
29.9 Municipio o Alcaldía			29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03 09 2021		30.3.1 Acta Núm. 563	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Tamazunchale		32.2 Municipio o Alcaldía S.L.P.		32.3 Entidad federativa S.P.		32.4 Día Mes Año 06092021	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^º COPIA (ROSA) Y LA 2^º COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTAN 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

A standard linear barcode is positioned vertically on the left side of the page. It consists of vertical black lines of varying widths on a white background.