



212248516

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO		FOLIO 212248516	
1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Homero Perez</u> Primer Apellido <u>Estanislao</u> Segundo Apellido <u></u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>08</u> <u>03</u> <u>1984</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP <u>PEEH940308HSPRSM09</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u></u> Minutos <u></u> Para menores de un día: <u></u> Horas <u></u> Para menores de un mes: <u></u> Días <u></u> Para menores de un año: <u></u> Meses <u></u> Para personas de un año o más: <u>037</u> Años cumplidos <u></u> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique <u></u>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle Aldama</u> <u>Localidad Palicilla</u> <u>Tamazunchale</u> <u>Sup</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Desempleado</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>PEAF 44011917</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Tamazunchale - San Martín</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Km 1</u> <u>Carretera</u> <u>Colonia Zacatipan</u> <u>Tamazunchale</u> <u>Sup</u>		15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>02</u> <u>09</u> <u>2021</u> <u>23</u> <u>53</u> Día Mes Año Horas 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"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía Atípica por Covid 19</u> b) <u>Neumonía Atípica por Covid 19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> c) <u>Síndrome Down</u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
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"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u>	
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 (vía 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(la) fallecido(a) <u></u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u></u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u> 22.7.3 Núm. Exterior <u></u> 22.7.4 Núm. Interior <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 22.7.7 Código Postal <u></u> 22.7.8 Localidad <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 22.7.10 Entidad federativa <u></u>		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Susana Perez</u> Primer Apellido <u>Estanislao</u> Segundo Apellido <u></u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <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"/> *Especifique <u></u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>4049363</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Brenda Rocío Lopez Zavala</u> Primer Apellido <u></u> Segundo Apellido <u></u>	
28. DOMICILIO y TELÉFONO 28.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 28.2 Nombre de la vialidad <u>Tamazunchale</u> 28.3 Núm. Exterior <u></u> 28.4 Núm. Interior <u></u> 28.5 Tipo de asentamiento humano <u>Sup</u>		28. FIRMA <u></u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Tamazunchale</u> 29.3 Núm. Exterior <u></u> 29.4 Núm. Interior <u></u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Sup</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>03</u> <u>09</u> <u>2021</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> , Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>563</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>S.L.P.</u> 32.3 Entidad federativa <u></u> 32.4 Día <u>06</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>	