41816324424 6F1932PE

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SINBA 409

Modelo 2017.1

FOLIO 212249934

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-3 25 MED INT

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A): Nombre(s): Andrea; Primer Apellido: Cortez; Segundo Apellido: Zuniga

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día / Mes / Año

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP: Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 → Especifique

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: 08 Años cumplidos; Se ignora ○9

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) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ●5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): 10.1 Tipo de vialidad: Calle; 10.2 Nombre de la vialidad: [illegible]; 10.3 Núm. Exterior: SN; 10.4 Núm. Interior; 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia; 10.6 Nombre del asentamiento humano: [illegible]; 10.7 Código Postal: 71180; 10.8 Localidad: [illegible]; 10.9 Municipio o Alcaldía: [illegible]; 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [illegible]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ●3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ●1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Ama de casa; Se ignora ○99

12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seg. Popular / INSABI ○7 Otra ○8 IMSS ●2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS BIENESTAR ○10 Se ignora ○99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: 41816324424 6F1932PE

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ●3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS BIENESTAR ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital [illegible]

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Boulevard; 15.2 Nombre de la vialidad: [illegible]; 15.3 Núm. Exterior: 911; 15.4 Núm. Interior; 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento; 15.6 Nombre del asentamiento humano: [illegible]; 15.7 Código Postal: 72190; 15.8 Localidad: [illegible]; 15.9 Municipio o Alcaldía: [illegible]; 15.10 Entidad federativa: [illegible]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 20 / Mes 08 / Año 2021; Horas 21 / Minutos 11

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ●2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Insuficiencia Respiratoria aguda
Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
b) COVID 19
Debido a (o como consecuencia de)
c)
Debido a (o como consecuencia de)
d)

PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador. 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 ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador. 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN. Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9

22.4 Anote la 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:

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

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): Catalina; Primer Apellido: Gutierrez; Segundo Apellido: Cortez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hija

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ●3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional

27. NOMBRE: Nombre(s); Primer Apellido; Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard; 29.2 Nombre de la vialidad: [illegible]; 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: Día / Mes / Año

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm._____, Libro Núm._____; 31.1 Acta Núm._____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad; 32.2 Municipio o Alcaldía; 32.3 Entidad federativa; 32.4 Día / Mes / Año

212249934

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

Versión pública sin opción de firma