



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212250196

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE SALUD EN PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)  |  | Esteban Ibarra Montañe  |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO  |  | 3. SEXO   |  |
| 03/08/1997  |  | Mujer <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 5. CURP   |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?   |  |
| IAME470803HSPBNS03  |  | No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA  |  | 7. NACIONALIDAD   |  |
| 074   |  | Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  |
| 9. ESTADO CONYUGAL  |  | 10. RESIDENCIA HABITUAL   |  |
| 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"/>  |  | Andador De Los Ansantemos   |  |
| 11. ESCOLARIDAD   |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL  |  |
| 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"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> |  | Pensionado  |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD   |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN  |  |
| IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>   |  | Hospital General de Zona #6   |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN  |  | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN  |  |
| Boulevard Fraccionamiento 19 de Enero   |  | 21/08/2021 15:00  |  |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?  |  | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?   |  |
| Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  | Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>  |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN  |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN   |  |
| Insuficiencia respiratoria aguda  |  | U071  |  |
| COVID-19  |  | E119  |  |
| Diabetes mellitus no especificada   |  |   |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS   |  | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE   |  |
| 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 checked="" type="radio"/>   |  | 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE   |  | 24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A)  |  |
| 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?  |  | Hijo  |  |
| Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  |   |  |
| 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión  |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO  |  |
| Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 3223981   |  |
| 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(LE) fallecido(a)  |  | 27. NOMBRE  |  |
|   |  | Alan Cortes Roman   |  |
| 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:   |  | 28. FIRMA   |  |
| 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio   |  | [Firma]   |  |
| 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio  |  | 29. DOMICILIO Y TELÉFONO  |  |
| 22.7.1 Tipo de vialidad   |  | Boulevard Fraccionamiento 19 de Enero   |  |
| 22.7.2 Nombre de la vialidad  |  | 919   |  |
| 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. NOMBRE  |  | 25. CERTIFICADA POR   |  |
| Fausto Donacion Ibarra Vega   |  | 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"/> *Especifique |  |
| 27. NOMBRE  |  | 29. DOMICILIO Y TELÉFONO  |  |
| Alan Cortes Roman   |  | Boulevard Fraccionamiento 19 de Enero   |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO  |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN  |  |
| 29.1 Tipo de vialidad   |  | 29/08/2021  |  |
| 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  |  |   |  |
| 29.9 Municipio o Alcaldía   |  |   |  |
| 29.10 Entidad federativa  |  |   |  |
| 29.11 Teléfono  |  |   |  |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO   |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO   |  |
| Núm. Libro Núm.   |  | 32.1 Localidad  |  |
| 31.1 Acta Núm.  |  | 32.2 Municipio o Alcaldía   |  |
|   |  | 32.3 Entidad federativa   |  |
|   |  | 32.4 Día  |  |
|   |  | 32.5 Mes  |  |
|   |  | 32.6 Año  |  |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA