



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

FOLIO  
212251210  
Modelo 2017.1

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES  
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                               |  |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|--|
| DEL FALLECIDO    | 1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)<br><b>SILVINA FONSECA FONSECA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>1 2 0 9 1 5 3 4</b><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>Chihuahua</b> |                               |  |
|                  | 5. CURP<br><b>P O P 3 4 0 9 1 2 M S P N N L L U O</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                       |  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                               |  |
|                  | 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: Minutos<br>Para menores de un día: Horas<br>Para menores de un mes: Días<br>Para menores de un año: Meses<br>Para personas de un año o más: Años cumplidos <b>0 8 6</b><br>Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vudolo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                              |  | 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Ante el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): <b>CASA Habitación 3/N</b><br>10.1 Tipo de vivienda<br>10.2 Nombre de la vivienda                                                                                                                                                                                                         |                                              |                               |  |
|                  | 10.3 Num. Exterior<br>10.4 Num. Interior<br>10.5 Tipo de asentamiento humano<br>10.6 Nombre del asentamiento humano<br>10.7 Código Postal<br><b>EL SASINO</b><br>10.8 Localidad<br>10.9 Municipio o Alcaldía<br><b>XILITLA</b><br>10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input 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"/>                                           |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                               |  |
| DE LA DEFUNCIÓN  | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input 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 pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> |  | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vivienda<br>15.2 Nombre de la vivienda<br>15.3 Num. Exterior<br>15.4 Num. Interior<br>15.5 Tipo de asentamiento humano<br>15.6 Nombre del asentamiento humano<br>15.7 Código Postal<br><b>EL SASINO</b><br>15.8 Localidad<br>15.9 Municipio o Alcaldía<br><b>XILITLA</b><br>15.10 Entidad federativa                      |                                              |                               |  |
|                  | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>0 8 0 9 2 0 2 1</b><br>Día Mes Año Horas Minutos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                              |  | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                               |  |
|                  | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: pero cardíaco, asfisia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br><b>SINDROME DISTRES RESPIRATORIO COVID 19</b><br>a) Debido a (o como consecuencia de)<br>b) Debido a (o como consecuencia de)<br>c) Debido a (o como consecuencia de)<br>d) Debido a (o como consecuencia de)<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE<br><b>Uso exclusivo del personal codificador</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 21. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>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"/> |                                              |                               |  |
|                  | 22. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique:<br>22.1 Fue un presunto:<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a):<br>Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio |  | 23. NOMBRE<br><b>RICARDO GARCIA FONSECA</b><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A)<br><b>Padre</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                               |  |
| DEL CERTIFICANTE | 25. CERTIFICADA POR:<br>Médico tratante <input 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 26. Si el certificado es médico:<br>Número de la cédula profesional<br><b>754133</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 27. NOMBRE<br><b>ICSA</b><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                               |  |
|                  | 28. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>28.1 Tipo de vivienda<br>28.2 Nombre de la vivienda<br>28.3 Num. Exterior<br>28.4 Num. Interior<br>28.5 Tipo de asentamiento humano<br><b>RBC XILITLA</b><br>28.6 Nombre del asentamiento humano<br>28.7 Código Postal<br><b>35000</b><br>28.8 Localidad<br>28.9 Municipio o Alcaldía<br><b>SAN ANTONIO</b><br>28.10 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>0 8 0 9 2 0 2 1</b><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br><b>XILITLA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                               |  |
|                  | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                              | 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO |  |
|                  | 35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 37. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                              | 38. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO |  |