

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

EL REG.

1. NOMBRE DEL(DEL(A) FALLECIDO(A) CLEOFAS HERNANDEZ Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 09/04/1945 3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Hidalgo

5. CURP H1EXIC4510409HAGRIXL06 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No 2 Se ignora 9 7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Se ignora 9

8. EDAD CUMPLIDA 076 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 Calle 16 de Septiembre 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 9 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL 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 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica pública 8 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Vía pública 10 Hogar 11 Otro lugar 9

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera Tamazunchale a San Martín Km 03 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 30/03/2021 20:49 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No 2 Se ignora 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) NEUMONIA POR SARS COV-2 Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA.

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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? No 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No 2 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? No 2 Se ignora 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) 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 Añote 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

23. NOMBRE XOCHEL HERNANDEZ ZUIGA 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo 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 27. NOMBRE LUIS ALBERTO SANCHEZ CARBALLO 28. FIRMA 29. DOMICILIO y TELÉFONO Carretera Tamazunchale - San Martín Km 03 29.1 Tipo de vialidad 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 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 31/03/2022 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO 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 32.5 Mes 32.6 Año

Acta Núm. _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____

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

Recibo Certificado Original y dos copias. Xóchitl Hernández Zúñiga