



**SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

2251215

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Juan Carlos Hernandez	Primer Apellido	Hernandez	Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO	20/10/1985	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Hidalgo	
	5. CURP	HJCHH19851020M	6. SE IGNORA	<input checked="" type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	Se ignora <input type="radio"/>	
	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 Años cumplidos	
	Para menores de 28 días anote:					35 Se ignora <input type="radio"/>	
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Calle	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	7.1. NOMBRE DEL ESPOSO	Central
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	Bavaria	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Municipio o Alcaldía	10.2 Nombre de la localidad	Zacatlán
	10.7 Código Postal	14300	10.8 Localidad	Santelmo	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	Hidalgo
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Concreto	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba	SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> BIENESTAR <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Via pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7. Número de la vivienda		
	14916P		Colonia	Tamazula	24		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Dia	Mes	Año	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
	21	10	2012	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	SI <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: para cardíaco, astenia, etc.)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I						Uso exclusivo personal codificación Código CIE	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a.	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.	Debido a (o como consecuencia de)					
	c.	Debido a (o como consecuencia de)					
	d.	Debido a (o como consecuencia de)					
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
43 días a 11 meses							
después del parto o aborto <input type="radio"/>							
42. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA; ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuelas u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Oficina o carretera (ranchito o parcela) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Oficina o carretera (ranchito o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/>							
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o medios 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 vivienda	22.7.2 Nombre de la vivienda					
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	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Vaca Loba Hernandez				CP 42020			
25. CERTIFICADA POR	Medico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
				*Especifique Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA			
Rosa Labetra		Soto	Zarina				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vivienda	29.2 Nombre de la vivienda	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior			
Calle		In Matron Km 3					
29.5 Número de la calle	29.6 Número de la casa	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Teléfono			
29.10 Municipio o Alcaldía	29.11 Entidad federativa						
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	Dia	Mes	Año				
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 Dia	Mes	Año				
DEL FALLECIDO	DEL CERTIFICANTE	DEL REG. CIVIL					

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