



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

212251238
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Amado Hernández Hernández Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO 13/09/1947 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Hidalgo Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP HEHA470913HHGRNO2 Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
DEL FALLECIDO	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ → 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: 073 Años cumplidos Se ignora ☐	
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ En unión libre ☐ Divorcedo(a) ☐ Se ignora ☐	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad Sin Localidad Puerto Obscuro Chapulhucan Hidalgo 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 472918 Puerto Obscuro Chapulhucan Hidalgo 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
DEL FALLECIDO	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☒ 12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☒ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación HECA86011415	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ 14.3 Nombre de la unidad médica 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 10 Miguel Hidalgo 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 79960 El Pinal Tamazunchale SLP. 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/08/2021 12:00 Día Mes Año Horas Minutos	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Insuficiencia respiratoria Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía adquirida en la comunidad sec. Card 19 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 morbo que la produjo Diabetes mellitus II Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 día 21 días 1 año Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 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	
	23. NOMBRE Ana Ruth Hernández Chaver Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija.	
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7049363 Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE Brenda Rocio Lopez Zavala Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA B. del	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 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 Carmen 79960 SLP. 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 26/08/2021 Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 560	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Fecha de registro Tamazunchale SLP. 06/09/2021 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año	