



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION N

FOLIO

212251294

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION DE SUJETOS OBLIGADOS A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

Recibo certificado de defuncion

212251294 Original y dos copias

DEL FALLECIDO

Egipacio Flores deca defuncion

MUEERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) SANTOS Flores		2. FECHA DE NACIMIENTO 14/10/1974		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México
5. CURP FLORES SANTOS 14101974MEXALAN15		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: 14 años 10 meses 15 días Para menores de un día: 14 años 10 meses 15 días Para menores de un mes: 14 años 10 meses 15 días Para menores de un año o más: 14 años 10 meses 15 días		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el(a) fallecido(a): 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: 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 nació en el extranjero):	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		14.3 Nombre de la unidad médica: 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda: 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 DEFUNCION Día: Mes: Año: Horas: Minutos:		17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? Si ☐ No ☐		19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, 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) Debido a (o como consecuencia de): CAUSAS ANTICEDENTES 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:		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 24 días Código CIE	
20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE:		21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		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? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): 22.5 Descripción brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.8 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:	
23. NOMBRE Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:		24. PARENTESCO CON EL(EL) FALLECIDO(A) Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: Número de la cédula profesional:	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO 26.1 Nombre: 26.2 Primer Apellido: 26.3 Segundo Apellido: 26.4 Número de la cédula profesional:		27. NOMBRE Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 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 CERTIFICACION Día: Mes: Año:		31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm.: Libro Núm.: 31.1 Acta Núm.: 31.2 Municipio o Alcaldía: 31.3 Entidad federativa: 31.4 Día: Mes: Año:	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: Mes: Año:		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 33.1 Localidad: 33.2 Municipio o Alcaldía: 33.3 Entidad federativa: 33.4 Día: Mes: Año:		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: 34.2 Municipio o Alcaldía: 34.3 Entidad federativa: 34.4 Día: Mes: Año:	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MEDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACION DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD