

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

"SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE PERMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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

1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A)		Bel Hernandez Hernandez	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
13-07-1962		Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		Si ☒ No ☐ Si ☐ No ☐ Otra ☐	
5. CURP		7. NACIONALIDAD	
HELDOROB B36SEP6205		Mexicana ☒ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
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		Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Anote el domicilio permanente donde vivía e(la) fallecido(a)		Campesino	
10.1 Tipo de vivienda		12.1 Trabajaba	
10.2 Nombre de la vivienda		Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
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 residió en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad alcanzada es:	
Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ Se ignora ☐		Completa ☐ Incompleta ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSA ☐ Otra ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda	
15.2 Núm. Exterior		15.3 Núm. Interior	
15.4 Tipo de asentamiento humano		15.5 Nombre del asentamiento humano	
15.6 Código Postal		15.7 Localidad	
15.8 Municipio o Alcaldía		15.9 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
03-07-2021		Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Sí ☐ No ☐		15 días	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			
COVID			
Debido a (o como consecuencia de)			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa designada en la última línea de la causa básica			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (casita, refectorio, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o actividad 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 Núm. Exterior		22.7.3 Núm. Interior	
22.7.4 Tipo de asentamiento humano		22.7.5 Nombre del asentamiento humano	
22.7.6 Código Postal		22.7.7 Localidad	
22.7.8 Municipio o Alcaldía		22.7.9 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Párrafo autorizado por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especificar		7815063	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
Octavio Miguel Far Navarrete			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.1 Tipo de vivienda		29.2 Núm. Exterior	
29.3 Núm. Interior		29.4 Tipo de asentamiento humano	
29.5 Nombre del asentamiento humano		29.6 Código Postal	
29.7 Localidad		29.8 Municipio o Alcaldía	
29.9 Entidad federativa		29.10 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGAO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad	
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía	
32.3 Entidad federativa		32.4 Día	
32.5 Mes		32.6 Año	

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