



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212253424

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR 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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

| | | | |
|--|--|--|---|
| 1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Aleja Pérez Hernández 356 | Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO 05/08/1965 | | 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO S.L.P. |
| 5. CURP MEMA651081051NSPRLR1010 | Se ignora <input type="radio"/> _99_ | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ 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: Años cumplidos | 156 | Se ignora <input type="radio"/> _9_ | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Viudo(a) <input type="radio"/> _2_ Casado(a) <input checked="" type="radio"/> _5_ En unión libre <input type="radio"/> _4_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle Miguel Alemán | 10.1 Tipo de vialidad | 10.2 Nombre de la vialidad | 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 79272 |
| 10.5 Tipo de asentamiento humano Ebanito | 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 <input type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input checked="" type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ | 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input checked="" type="radio"/> _2_ |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL | 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ | 12.2 Se ignora <input type="radio"/> _99_ | 13.1 Número de seguridad social o afiliación |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ | 13.2 Se ignora <input type="radio"/> _99_ | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _9_ | 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Valles |
| 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) SP03A01003516 | 14.3 Vía pública <input type="radio"/> _10_ Otro lugar <input type="radio"/> _12_ Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Miguel Alemán | 15.1 Tipo de vialidad |
| 15.2 Nombre de la vialidad | 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79272 | 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 02/11/2021 17:30 | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía por SARCOSIS Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo Diabetes Mellitus 2 |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I26.0 | 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _5_ | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> _0_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5_ Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7_ Otro <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ | 22.4 Anoté 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 Anoté 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 Crescencio García Pérez | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo | 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico* <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil* <input type="radio"/> _5_ Otro* <input type="radio"/> _8_ *Especifique |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 12121703 | 27. NOMBRE Gonzalo Caballero Arzoo | 28. FIRMA | 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 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09/12/21 | 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 Día Mes Año | SERVICIOS DE SALUD CD VALLES, S.L.P. RABAJO SOCIAL |



212253424