



04573603125
SM1936PE

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 689

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212298823

*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 FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212298823

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Jose Luis Nombre(s) Godinez Primer Apellido Zepeda Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 3 0 8 1 9 3 6	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Quintana Roo	
5. CURP G02L360830H06DPS09	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <input type="radio"/> Para menores de un día: <input type="radio"/> Para menores de un mes: <input type="radio"/> Para menores de un año: <input type="radio"/> Para personas de un año o más: 85 Años cumplidos <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle 10.1 Tipo de vivienda 310 10.2 Nombre de la vivienda Abasco 10.3 Núm. Exterior 7910101 10.4 Núm. Interior 011 10.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad de México 10.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 10.7 Código Postal 06100 10.8 Localidad Ciudad de México 10.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) México	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 714 15.2 Nombre de la vivienda Financiamiento 15.3 Núm. Exterior 7910101 15.4 Núm. Interior 011 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad de México 15.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 15.7 Código Postal 06100 15.8 Localidad Ciudad de México 15.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México 15.10 Entidad federativa México	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 1 6 1 1 2 0 2 1 1 1 1 0	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Paro Respiratorio Debido a (o como consecuencia de) b) Insuficiencia respiratoria no especificada Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonía debida a otros virus Debido a (o como consecuencia de) d) COVID 19 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Hipertensión esencial primaria	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U071	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Hijo	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 7853263	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio Financiamiento	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 310 22.7.2 Nombre de la vivienda Abasco 22.7.3 Núm. Exterior 7910101 22.7.4 Núm. Interior 011 22.7.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad de México 22.7.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 22.7.7 Código Postal 06100 22.7.8 Localidad Ciudad de México 22.7.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México 22.7.10 Entidad federativa México	
23. NOMBRE DEL INF. Mano Alberto Nombre(s) Godinez Primer Apellido Torres Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 7853263	
27. NOMBRE Carlos Jesus Nombre(s) Godinez Primer Apellido Garcia Segundo Apellido	
28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 310 29.2 Nombre de la vivienda Financiamiento 29.3 Núm. Exterior 7910101 29.4 Núm. Interior 011 29.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad de México 29.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad de México 29.7 Código Postal 06100 29.8 Localidad Ciudad de México 29.9 Municipio o Alcaldía Ciudad de México 29.10 Entidad federativa México 29.11 Teléfono 919	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 1 6 1 1 2 0 2 1	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <input type="radio"/> Libro Núm. <input type="radio"/>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Ciudad de México 32.2 Municipio o Alcaldía Ciudad de México 32.3 Entidad federativa México 32.4 Día 16 32.5 Mes 11 32.6 Año 2021	

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