



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL/(DE LA) FALLECIDO(A)		Prisca	Morales	Angelos
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		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)	5. CURP 180119531118M HIRNBU00
6. L. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input 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 de una hora Minutos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltera(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 2 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el/(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad Collegio	10.2 Nombre de la vialidad Moctezum 2	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 4122810 Chalpulhuacan Hidalgo
10.7 Código Postal SN		10.8 Localidad Bamó	10.9 Municipio o Alcaldía El Chorrito	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8		11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.2 OCUPACIÓN HABITUAL Hojar	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10		13.1 Número de seguridad social o afiliación CEMS 77060716	13.2 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input 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 médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica CH. Tama Zinchale	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	14.3 Núm. Exterior 14.4 Núm. Interior 14.5 Tipo de asentamiento humano 159960
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carr.		15.1 Tipo de vialidad San Martín Km 05	15.2 Nombre de la vialidad Zacatipan	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad Tama Zinchale
15.9 Municipio o Alcaldía SLA		15.10 Entidad federativa 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 20102020 22 21 18	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <u>Choque, hipovolemico</u> Debido a (o como consecuencia de)	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	21.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 hrs
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa de muerte arriba mencionándose en último lugar la causa básica		b) <u>Sangrado tubo digestivo alto</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Covid -19 positivo</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Vances, esofágicas</u> <u>Omosis, hepatic2</u> <u>Diabetes mellitus tipo 2</u>	21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
PARTE II Otros estados patológicos significativos que estuvieron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		21.4 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.5 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 <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.6 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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 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 <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	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		22.7.1 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 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	22.6 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/(la) fallecido(a)	
23. NOMBRE Nombre(s)		23.1 Primer Apellido Cervantes	23.2 Segundo Apellido Morales	24. PARENTESCO CON EL/(LA) FALLECIDO(A) Hijos
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otra <input type="radio"/> 8 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 6		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4469118 Número de la cédula profesional	27. NOMBRE Nombre(s)	28. FIRMA
27.1 Localidad Cam.		27.2 Nombre de la vialidad Zacatipan	27.3 Núm. Exterior 27.4 Núm. Interior 27.5 Tipo de asentamiento humano 159960	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 29.7 Código Postal 29.8 Localidad SLA
29.9 Municipio o Alcaldía Tama Zinchale		29.10 Entidad federativa SLA	29.11 Teléfono 1833621190	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20022022
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año
31.1 Acta Núm. _____		32.4 Día Mes Año	32.5 Entidad federativa	32.6 Día Mes Año

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