



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
212718811

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Prisca Montes Angeles		2. FECHA DE NACIMIENTO 18/01/1953		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Hidalgo
5. CURP H18011953011181M HICRIN R100		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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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: 069		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): Callegón	
10.1 Tipo de vivienda: Sn		10.2 Nombre de la vivienda: Moctezuma 2		10.3 Núm. Exterior: 423810	
10.4 Núm. Interior: Chapala		10.5 Tipo de asentamiento humano: Hidalgo		10.6 Nombre del asentamiento humano: Hidalgo	
10.7 Código Postal: 423810		10.8 Localidad: Chapala		10.9 Municipio o Alcaldía: Hidalgo	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Hidalgo		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar		12.1 Trabaja: 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"/> PEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación: CEMS 7706076		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: CH. Camazmohale	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): San Martín Km 05		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle: San Martín Km 05		15.1 Tipo de vivienda: Zacatipan	
15.2 Nombre de la vivienda: San Martín Km 05		15.3 Núm. Exterior: 79960		15.4 Núm. Interior: Camazmohale	
15.5 Tipo de asentamiento humano: SLA		15.6 Nombre del asentamiento humano: SLA		15.7 Código Postal: 79960	
15.8 Localidad: Camazmohale		15.9 Municipio o Alcaldía: SLA		15.10 Entidad federativa: SLA	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 20/02/2022 12:18		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input 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, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Choque hipovolémico Debido a (o como consecuencia de): b) Sangrado tubo digestivo alto Debido a (o como consecuencia de): c) Covid-19 positivo Debido a (o como consecuencia de): d) Várices esofágicas PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: Emfisema hepático Diabetes mellitus tipo 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 hrs 30 días 50 días 3 años 3 años 10 años		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE: 3 hrs 30 días 50 días 3 años 3 años 10 años	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 20.1		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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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):		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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:		22.7.1 Tipo de vivienda:	
22.7.2 Nombre de la vivienda:		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 Susana Cenantes Morales		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija		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 4469118		27. NOMBRE Claydia Hernandez Garcia		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle: San Martín Km 05		29.1 Tipo de vivienda: Zacatipan		29.2 Nombre de la vivienda: Camazmohale	
29.3 Núm. Exterior: 79960		29.4 Núm. Interior: SLA		29.5 Tipo de asentamiento humano: SLA	
29.6 Nombre del asentamiento humano: SLA		29.7 Código Postal: 79960		29.8 Localidad: Camazmohale	
29.9 Municipio o Alcaldía: SLA		29.10 Entidad federativa: SLA		29.11 Teléfono: 1833621190	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20/02/2022		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 31.1 Acta Núm. 31.2		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Camazmohale	
32.2 Municipio o Alcaldía: SLA		32.3 Entidad federativa: SLA		32.4 Día: 20 Mes: 02 Año: 2022	

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