



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200520193

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
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 FALLECIDO(A) Ruben Hernández Greda	
2. FECHA DE NACIMIENTO 1 04 1985	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ De género ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Oaxaca	
5. CURP HEOR850411HIOCRJB04	6. ¿HABLARA ALGUER? LENGUA INDIGENA? ☒ SI ☐ NO ☐ Se ignora ☐
7. NACIONALIDAD Mexicana	8. ESTADO CONYUGAL ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ En unión libre ☐
9. EDAD CUMPLIDA 35	10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de cumplir permanentemente con su vida (a) Calle Localidad Michteclán 10.1 Tipo de asentamiento humano Michteclán 10.2 Num. Exterior 708000 10.3 Num. Interior 708000 10.4 Código Postal 708000 10.5 Localidad Michteclán 10.6 Municipio o Alcaldía Oaxaca 10.7 Entidad federativa Oaxaca
11. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Otra ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante 12.1 Ocupación Comerciante 12.2 Nombre de la actividad Comerciante 12.3 Nombre del establecimiento Comerciante
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 3 de Octubre 15.2 Num. Exterior San Isidro 15.3 Num. Interior San Isidro 15.4 Código Postal San Isidro 15.5 Localidad San Isidro 15.6 Municipio o Alcaldía San Isidro 15.7 Entidad federativa Oaxaca	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 29 05 20 20 16 40 16.1 Fecha 29 05 20 16.2 Hora 20 16 40
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ SI ☐ NO ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ SI ☒ NO ☐ Se ignora ☐	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTES I Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria Aguda b) Neumonía Viral c) SARS-CoV-2 d) SARS-CoV-2 Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron, que produjeron la causa coronada arriba, mencionándolos en último lugar la causa básica PARTES II Causas antecedentes patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbosos que la provocó	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 8 hrs 7 días 7 días	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐	
22.2 ¿Cómo en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22.3 ¿En qué lugar? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u otras) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
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 Anote 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 Num. Exterior 22.7.4 Num. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Localidad 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Municipio o Alcaldía 22.7.9 Entidad federativa	
23. NOMBRE María Zoraida Hernández Greda Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermana	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 52 01 997 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Irene Martínez Saldaña Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA SIN Firma	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda San Isidro 29.2 Nombre de la vivienda 3 de Octubre 29.3 Num. Exterior 708000 29.4 Num. Interior 708000 29.5 Tipo de asentamiento humano Michteclán 29.6 Nombre del asentamiento humano Michteclán 29.7 Código Postal Oaxaca 29.8 Localidad Oaxaca 29.9 Municipio o Alcaldía Oaxaca 29.10 Entidad federativa Oaxaca 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 29 05 20 20 Día Mes Año	
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	

200520193

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

INSTR
ISTRUCIONE GENERALE

- INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

- PARTE I:** En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar enfermedades o sucesos antecedentes en **orden cronológico** que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas e) y f) se indica la leyenda: "debido a lo como consecuencia del" la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

IN COMPLIANCE WITH THE PROVISIONS OF THE DATA PROTECTION ACT OF 1978 AND THE DATA PROTECTION ACT OF 1998, YOUR INFORMATION WILL BE STORED IN A SECURE MANNER AND NOT BE MADE AVAILABLE TO ANY OTHER PARTY.

verificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª edición. REG: Registro.

