



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

220116582

Persona desconocida ☐

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDA/O

Florentino

Morales

Lopez

Nombre (s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

07/12/1969

3. SEXO Hombre ☒1 Mujer ☐2 Se ignora ☐99

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país, si nació en el extranjero

Chiapas

5. CURP

M O L F 6 9 1 2 0 7 H C S R P L O 9

6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9

7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9

8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si ☐1 No ☒2 ignora ☐9 \*Especifique:

9. NACIONALIDAD Mexicana ☒1 Se ignora ☐9 Otra ☐2 \*Especifique:

10. 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 persona de un año o más

Años cumplidos

Se ignora ☐9

12. RESIDENCIA HABITUAL.

Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o

12.1 Tipo de vialidad

12.2 Nombre de la vialidad

12.3 Núm. Ext.

12.4 Núm. Int.

12.5 Tipo de asentamiento humano

12.6 Nombre del asentamiento humano

12.7 Código Postal

12.8 Localidad

12.9 Municipio o Alcaldía

12.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

13. ESCOLARIDAD

Ninguna ☐1 Primaria ☒3 Bachillerato o preparatoria ☐7 Posgrado ☐10

Preescolar ☐12 Secundaria ☐5 Profesional ☐8 Se ignora ☐99

13.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa ☒1 Incompleta ☐2

14. OCUPACIÓN HABITUAL

Se ignora ☐99

14.1 Trabajaba

Si ☒1 No ☐2

Se ignora ☐9

15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ☒1 ISSSTE ☐3 SEDENA ☐5 IMSS BIENESTAR ☐10 ISSFAM ☐11

IMSS ☐2 PEMEX ☐4 SEMAR ☐6 Otra ☐8 \*Especifique:

Se ignora ☐99

15.1 Número de seguridad social o afiliación

16. NOMBRE

Ruth Fabiola

Morales

Perez

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDA/O

Hija

18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE

RMP

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☐1 ISSSTE ☐4 SEMAR ☐7

IMSS BIENESTAR ☐2 PEMEX ☐5 Otra unidad médica pública ☐8

IMSS ☐3 SEDENA ☐6 Unidad médica privada ☐9

19.1 Nombre de la unidad médica

19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Carretera

Canton Las Brisas-Colonia Hidalgo

20.1 Tipo de vialidad

20.2 Nombre de la vialidad

20.3 Núm. Ext.

20.4 Núm. Int.

20.5 Tipo de asentamiento humano

20.6 Nombre del asentamiento humano

20.7 Código Postal

20.8 Localidad

20.9 Municipio o Alcaldía

20.10 Entidad federativa

21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

11/04/2022

Día Mes Año

11/8/40

Horas Minutos

22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☒9

23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9

23.1 Fecha de cirugía

23.2 Motivo de cirugía

24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si ☒1 No ☐2 Se ignora ☐9

25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad ☐4 Accidente ☒1 Agresión ☐2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente ☐3 Intervención legal ☐5 Se ignora ☐9

26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I

Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a)

Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada.

a) Traumatismo craneoencefálico severo

b) irreversible por golpe contuso con fractura

c) de bodega craneana.

d)

PARTE II. Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción.

(el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)

27. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si ☒1 No ☐2 Se ignora ☐9

27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Si ☒1 No ☐2

28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE DE 10 A 54 AÑOS

28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo ☐1 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐4

El parto ☐2

El puerperio ☐3

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción ☐5

29. ¿LA (EL) FALLECIDA/O PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Si ☒1 No ☐2

29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos? Si ☐1 No ☒2

30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

30.1 CÓDIGO ADICIONAL

31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☒9

32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)

Vivienda particular ☐0 Escuela u oficina pública ☐2

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐1 Área deportiva ☐3

Área comercial o de servicio ☐5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐6

Granja (ranchito o parcela) ☐7 Otro ☐8 Se ignora ☐9

33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:

C.I. 0031-071-0710-

2022

Investigación pendiente ☐1 No puede determinarse ☐2

36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)

Carretera

Canton Las Brisas-Colonia Hidalgo

36.1 Tipo de vialidad

36.2 Nombre de la vialidad

36.3 Núm. Ext.

36.4 Núm. Int.

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