



**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 <b>Florentino</b>		Morales		Lopez	
Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>10 / 12 / 1969</b> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, si nació en el extranjero <b>Chiapas</b>	
5. CURP <b>M01L1F69121017HIC15RPLD9</b>		6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99		7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 *Especifique:		9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Otra* <input type="checkbox"/> 99 *Especifique:			
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de 28 días de nacida/o anote: 10.1 Folio del Certificado de Nacimiento 10.2 Semanas de gestación 10.3 Peso al nacer (gramos)	
Para menores de un mes Meses		Para persona de un año o más Años cumplidos			
12. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o <b>Calle Canton</b>		12.1 Tipo de vialidad <b>Sin Nombre</b>		12.2 Nombre de la vialidad <b>Las Brisas</b>	
		12.5 Tipo de asentamiento humano <b>Villacomalitlán</b>		12.6 Nombre del asentamiento humano <b>Chiapas</b>	
12.8 Localidad <b>Canton Las Brisas</b>		12.9 Municipio o Alcaldía <b>Villacomalitlán</b>		12.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>Chiapas</b>	
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 2		14. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Agricultor</b>	
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 Otra* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique:		ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10 ISSFAM <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		15.1 Número de seguridad social o afiliación <b>Se ignora</b>	
16. NOMBRE <b>Ruth Fabiola Morales</b>		17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDA/O <b>Perez</b>		18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE <b>Ruth</b>	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		19.1 Nombre de la unidad médica <b>Unidad médica privada</b>		Vía pública <input checked="" type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Carretera Canton</b>		20.1 Tipo de vialidad <b>Canton Las Brisas - Colonia Hidalgo</b>		20.2 Nombre de la vialidad <b>Las Brisas</b>	
		20.5 Tipo de asentamiento humano <b>Canton Las Brisas</b>		20.6 Nombre del asentamiento humano <b>Villacomalitlán</b>	
20.8 Localidad <b>Canton Las Brisas</b>		20.9 Municipio o Alcaldía <b>Villacomalitlán</b>		20.7 Código Postal <b>Chiapas</b>	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>11 / 04 / 2022</b> Dia Mes Año <b>18 / 40</b> Horas Minutos		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
				23.1 Fecha de cirugía Día Mes Año <b>23.2 Motivo de cirugía</b>	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="checkbox"/> 4 Accidente <input checked="" type="checkbox"/> 1 Agresión <input type="checkbox"/> 2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="checkbox"/> 3		26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)  PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a)  a) <b>Traumatismo craneoencefálico severo</b> Debido a (o como consecuencia de)  b) <b>irreversible por golpe contuso con fractura</b> Debido a (o como consecuencia de)  c) <b>de boureda craneana.</b> Debido a (o como consecuencia de)  d)		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
				27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MULHER DE 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del embarazo, complicaciones <input type="checkbox"/> 4 El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuve embarazada causas anotadas <input type="checkbox"/> 5 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 en los últimos 11 meses causas anotadas <input type="checkbox"/> 5 previos a la defunción causas anotadas <input type="checkbox"/> 5		29. ¿LA (EL) FALLECIDA/O PRESENTO MUERTE ENCEFÁLICA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
				29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	
30.1 CÓDIGO ADICIONAL					
33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: <b>C.I. 0031-071-0710-2022</b>		34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTA/O AGRESORA/OR CON LA (EL) FALLECIDA/O Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO):  <b>Colpo en cabeza ocasionó fractura de cráneo que provocó muerte cerebral.</b>	
36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) <b>Carretera</b>		36.1 Tipo de vialidad <b>Canton Las Brisas - Colonia Hidalgo</b>		36.2 Nombre de la vialidad <b>Carretera</b>	
		36.3 Núm. Ext.		36.4 Núm. Int.	



USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CALIFICADO  
Código CIE

Código CIE

30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

30.1 CÓDIGO ADICIONAL

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

C.I. 0031-071-0710-2022

36.4 Núm. Int.

36.3 Núm. Ext.

36.2 Nombre de la vialidad

36.1 Tipo de vialidad