SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200582255

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

ENTREGUE EL ORIGINAL AL C. ... COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Noe (Nombre(s)) Bernal (Primer Apellido) Barranco (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 10 / 11 / 92 (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre ⊗1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Puebla (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: BEBN921110HPLRRX00 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 → Especifique: Se ignora ○9

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 027 Años cumplidos; Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: ___ 8.2 Semanas de gestación: ___ 8.3 Peso (gramos): ___

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ⊗1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle — 10.2 Nombre de la vialidad: Nevado de Toluca
10.3 Núm. Exterior: 161 — 10.4 Núm. Interior: "3" 17
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Linda Vista
10.7 Código Postal: ___ — 10.8 Localidad: San Martin Texmelucan — 10.9 Municipio o Alcaldía: Puebla — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ⊗5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ⊗1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Obrero — Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ⊗2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: ___

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ⊗3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital de Traumatología y Ortopedia
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Diagonal — 15.2 Nombre de la vialidad: Defensores de la República
15.3 Núm. Exterior: 7204 — 15.4 Núm. Interior: ___
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Amor
15.7 Código Postal: ___ — 15.8 Localidad: ___ — 15.9 Municipio o Alcaldía: Puebla — 15.10 Entidad federativa: Puebla

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 14 / 02 / 2020 — 12 (Día / Mes / Año — Horas / Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ⊗1 No ○2

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

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Reservado para codificador: Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Hematoma subdural, hemorragia (Debido a (o como consecuencia de))		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Subaracnoidea y edema cerebral (Debido a (o como consecuencia de))		
	c) Generalizado, secundario a (Debido a (o como consecuencia de))		
	d) Traumatismo Craneo encefalico		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Reservado para codificador — 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: ___

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ⊗1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ⊗4 Escuela u oficina pública ○2 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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: UUAT 104/2020/ UIEHOM

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Sufre accidente tipo choque

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió 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: ___ — 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: ___
22.7.7 Código Postal: ___ — 22.7.8 Localidad: ___ — 22.7.9 Municipio o Alcaldía: ___ — 22.7.10 Entidad federativa: ___

DEL INF.

23. NOMBRE: Martin (Nombre(s)) Bernal (Primer Apellido) Barranco (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hermano

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ⊗2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique: ___

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 3158607

27. NOMBRE: Gabriela (Nombre(s)) Varela (Primer Apellido) Escobar (Segundo Apellido)

28. FIRMA: [illegible]

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Prolongación — 29.2 Nombre de la vialidad: 11 sur
29.3 Núm. Exterior: 1906 — 29.4 Núm. Interior: ___ — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Guadalupe Hidalgo — 29.7 Código Postal: ___ — 29.8 Localidad: ___
29.9 Municipio o Alcaldía: Puebla — 29.10 Entidad federativa: Puebla — 29.11 Teléfono: ___

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 15 / 02 / 2020 (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

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: ___

200582255

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD