



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

230716275

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A) MARIA INES REYES DIMAS		2. FECHA DE NACIMIENTO 06/06/1955		3. SEXO: Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO PUEBLA	
5. CURP REDI550606MPLYMNO9		6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AUTOMECANICA/O? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐			
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ Especifique:		9. NACIONALIDAD: Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique:		10. EDAD CUMPLIDA Para menores de 28 días de nacido anote: 10.1 Fecha del Certificado de Nacimiento 10.2 Semanas de gestación 10.3 Peso al nacer (gramos)		11. SITUACIÓN CONYUGAL: Soltero ☐ En unión libre ☐ Casado ☒ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐	
12. RESIDENCIA HABITUAL: Apote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido(a) 12.1 Tipo de vivienda: CALLE 12.2 Nombre de la vivienda: 20 DE NOVIEMBRE 12.3 Tipo de asentamiento humano: PUEBLO 12.4 Nombre del asentamiento humano: SAN MATIAS ATZALA 12.5 Localidad: SAN MATIAS ATZALA 12.6 Municipio o Alcaldía: SAN FELIPE TEOTILCINGO 12.7 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): PUEBLA		13. ESCOLARIDAD: Ninguna ☐ Primaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Posgrado ☐ Preescolar ☐ Secundaria ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ 13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐		14. OCUPACIÓN HABITUAL: Se ignora ☐ 14.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ LABORES DEL HOGAR		15.1 Número de seguridad social o afiliación	
16. NOMBRE: YANETH REYES REYES		17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO(A): Hija		18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE:			
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ☐ ISSSTE ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ PEMEX ☐ Otra unidad médica pública ☐ IMSS ☐ SEDENA ☐ Unidad médica privada ☐		20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 20.1 Tipo de vivienda: CALLE 20.2 Nombre de la vivienda: 20 DE NOVIEMBRE 20.3 Tipo de asentamiento humano: PUEBLO 20.4 Nombre del asentamiento humano: SAN MATIAS ATZALA 20.5 Localidad: SAN MATIAS ATZALA 20.6 Municipio o Alcaldía: SAN FELIPE TEOTILCINGO 20.7 Entidad federativa: PUEBLA		21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 11/09/2024 07:15		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		25. TIPO DE DEFUNCIÓN: Enfermedad ☒ Accidente ☐ Agresión ☐ Lesiones autoinfligidas intencionalmente ☐ Intervención legal ☐ Se ignora ☐			
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar signos de vida - 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 delirio orden (si aplica) Anote la causa básica en la última línea utilizada. a) DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO b) INSUFICIENCIA RENAL CRONICA c) HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA d) DIABETES MELLITUS TIPO 2 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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS: 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción ☒		29. ¿LA (EL) FALLECIDO(A) PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Si ☐ No ☒	
30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: 2 DÍAS 2 AÑOS 20 AÑOS 20 AÑOS		31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA): Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Otro ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Se ignora ☐		33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:	
34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR(A) CON LA (EL) FALLECIDO(A):		35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO):		36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA): 36.1 Tipo de vivienda: CALLE 36.2 Nombre de la vivienda: LIBERTAD 36.3 Tipo de asentamiento humano: SAN SIMON ATZITZINTIA 36.4 Nombre del asentamiento humano: SAN SALVADOR LIVERDE 36.5 Localidad: PUEBLA 36.6 Municipio o Alcaldía: PUEBLA 36.7 Entidad federativa: PUEBLA		37. CERTIFICADA POR: Médico ☐ Médico ☐ Otro/a ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad Civil ☐ Otro/a ☐ Especifique:	
38. NOMBRE: ALFONSO EDUARDO HERRERA OSORIO		39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO(A): 4039953		40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE:			
41. DOMICILIO Y TELÉFONO: CALLE LIBERTAD 3 PUEBLA 74130		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 11/09/2024		43. FECHA DE REGISTRO:			