



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

FOLIO  
230735169

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A</b><br>Ma de la Luz Guillemina Del Razo Gercera<br>Nombre (a) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
| <b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b><br>10/30/21/1963                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>3. SEXO</b> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                  |
| <b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b><br>Tlaxcala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |
| <b>5. CURP</b><br>BAIGIL631021017MILIZIBIZIO151                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |
| <b>6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O?</b><br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA?</b><br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| <b>8. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                     |
| <b>9. EDAD CUMPLIDA</b><br>Para menores de 25 días de nacido/a anotar:<br>10.1 Folio del Certificado de Nacimiento<br>10.2 Semanas de gestación<br>10.3 Peso al nacer (gramos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                     |
| <b>11. SITUACIÓN CONYUGAL</b><br>Soltero/a <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado/a <input checked="" type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |
| <b>12. RESIDENCIA HABITUAL</b><br>Antes el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido/a<br>12.1 Tipo de vivienda: Andador<br>12.2 Nombre de la vivienda: Parque Central<br>12.3 Núm. Ext.: 21<br>12.4 Núm. Int.: 7212410<br>12.5 Tipo de asentamiento humano: Urbán Habitacional<br>12.6 Nombre del asentamiento humano: Vicente Rucio<br>12.7 Código Postal: 7212410<br>12.8 Localidad: Puebla<br>12.9 Municipio o Alcaldía: Puebla<br>12.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Puebla                                                                                                                                                                |                                                                                                                                     |
| <b>13. ESCOLARIDAD</b><br>Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Prescolar <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 13.1 La escolaridad seleccionada es: Labores del hogar                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                     |
| <b>14. OCUPACIÓN HABITUAL</b><br>Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.1 Número de seguridad social o afiliación: 62876612012F196308                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |
| <b>15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b><br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                     |
| <b>16. NOMBRE</b><br>Jesús David Rojas Del Razo<br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |
| <b>17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO/A</b><br>Hijo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                     |
| <b>18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                     |
| <b>19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b><br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> HGT No 20<br>19.1 Nombre de la unidad médica: PILIMISIO10101518161<br>19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES):                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                     |
| <b>20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b><br>20.1 Tipo de vivienda: Avenida<br>20.2 Nombre de la vivienda: Fidel Velázquez<br>20.3 Núm. Ext.: 4211<br>20.4 Núm. Int.: 7215610<br>20.5 Tipo de asentamiento humano: Urbán Habitacional<br>20.6 Nombre del asentamiento humano: La Margarita<br>20.7 Código Postal: 7215610<br>20.8 Localidad: Puebla<br>20.9 Municipio o Alcaldía: Puebla<br>20.10 Entidad federativa: Puebla                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                     |
| <b>21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b><br>09/10/2025<br>Día Mes Año<br>11:24:15<br>Horas Minutos Segundos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                     |
| <b>22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b><br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
| <b>23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?</b><br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>23.1 Fecha de cirugía: Día Mes Año<br>23.2 Motivo de cirugía:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |
| <b>24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?</b><br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                     |
| <b>25. TIPO DE DEFUNCIÓN</b><br>Enfermedad <input checked="" type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Agresión <input type="radio"/> Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> Intervención legal <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                     |
| <b>26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)<br>PARTE I: Reporte la enfermedad o condición causante directa de la defunción en (línea a)<br>a) Insuficiencia respiratoria aguda<br>b) Neumonía bacteriana<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>PARTE II: Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción.<br>Enfermedad de Parkinson<br>(el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico) |                                                                                                                                     |
| <b>27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b><br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                     |
| <b>28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b><br>28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto<br>El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción<br>El puerperio <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
| <b>29. ¿LA (EL) FALLECIDO/A PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA?</b><br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/><br>29.1 ¿Fue donadora/o de órganos?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |
| <b>30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b><br>30.1 CÓDIGO ADICIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |
| <b>31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?</b><br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                     |
| <b>32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)</b><br>Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/><br>Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/><br>Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                     |
| <b>33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:</b><br>Investigación pendiente <input type="radio"/> No puede determinarse <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |
| <b>34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO/A AGRESOR/A O CON LA (EL) FALLECIDO/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                     |
| <b>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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |
| <b>36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)</b><br>36.1 Tipo de vivienda: 36.2 Nombre de la vivienda: 36.3 Núm. Ext.: 36.4 Núm. Int.:<br>36.5 Tipo de asentamiento humano: 36.6 Nombre del asentamiento humano: 36.7 Código Postal:<br>36.8 Localidad: 36.9 Municipio o Alcaldía: 36.10 Entidad federativa: Especifique:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |
| <b>37. CERTIFICADA POR</b> Médica/o tratante <input type="radio"/> Médica/o legista <input type="radio"/> Otra/o médica/o <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad Civil <input type="radio"/> Otro/a <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |
| <b>38. NOMBRE</b> Jorge Hernández López<br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                     |
| <b>39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A</b><br>6982989<br>Número de la cédula profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                     |
| <b>40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                     |
| <b>41. DOMICILIO Y TELÉFONO</b><br>41.1 Tipo de vivienda: Avenida<br>41.2 Nombre de la vivienda: Fidel Velázquez<br>41.3 Núm. Ext.: 4211<br>41.4 Núm. Int.: 7215610<br>41.5 Tipo de asentamiento humano: Urbán Habitacional<br>41.6 Nombre del asentamiento humano: La Margarita<br>41.7 Código Postal: 7215610<br>41.8 Localidad: Puebla<br>41.9 Municipio o Alcaldía: Puebla<br>41.10 Entidad federativa: Puebla<br>41.11 Teléfono:                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                     |
| <b>42. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b><br>Día Mes Año<br>09/10/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                     |
| <b>43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b><br>Núm. Libro Acta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |
| <b>44. LUGAR DE REGISTRO</b><br>44.1 Localidad: 44.2 Municipio o Alcaldía: 44.3 Entidad federativa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
| <b>45. FECHA DE REGISTRO</b><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |

230735169

EL REG. CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD