



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

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

212415676

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) <u>ALFREDO SALVADOR VIVIAN PEREZ</u>	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/05/1953</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Ciudad de México</u>	
	5. CURP <u>VIPAS1530515MDFVRL01</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	8. ESTADO CIVIL Casado <input checked="" type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	9. EDAD CUMPLIDA Años <u>58</u> Meses <u>08</u> Días <u>05</u>	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió (calle, número, colonia, código postal, localidad, municipio, entidad federativa, nombre de la vivienda) <u>REFORMA 5 DE SUR 16</u> <u>EDIFICIO II DEPARTAMENTO II COLOMIA ADOLESCENCIA ORIENTAL</u>	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignoró <input type="checkbox"/> Completó <input type="checkbox"/> Incompletó <input type="checkbox"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Jubilado</u>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seg. Popular / INSS <input type="checkbox"/> IMCO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Hogar público <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Hogar público <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Anote el domicilio permanente donde vivió (calle, número, colonia, código postal, localidad, municipio, entidad federativa, nombre de la vivienda) <u>REFORMA 5 DE SUR 16</u> <u>EDIFICIO II DEPARTAMENTO II COLOMIA ADOLESCENCIA ORIENTAL</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>30</u> Mes <u>01</u> Año <u>2022</u> Horas <u>06</u> Minutos <u>35</u>	17. ¿FUE PRÁCTICADA NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
	18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar morbo no letal, enfermedad crónica, estenias, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo	19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>I20</u>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u>	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 45 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="checkbox"/>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	22.3 Si no se indicó la relación de la actividad o circunstancia que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.3.1 Actividad o circunstancia que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Aeróbica <input type="checkbox"/> Deportiva <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Ocio <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (obra, fábrica u otra) <input type="checkbox"/> Granja (finca o parcelas) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u>	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o situación que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u>	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u></u>	22.7.2 Nombre de la vivienda: <u></u>	
	22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior <u></u>	22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u>	22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u>	22.7.7 Código Postal: <u></u>	
	22.7.8 Localidad: <u></u>	22.7.9 Municipio o entidad: <u></u>	22.7.10 Registra de defunción: <u></u>	22.7.11 Registra de defunción: <u></u>	
	DEL INF.	23. NOMBRE DEL INFANTE <u>ALFREDO JERRY VIVIAN PEREZ</u>	24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <u>RODOLFO CABALLERO SALINAS</u>	28. PUESTO DEL CERTIFICANTE <u>Medico Legista</u>	29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Calle <u>CLAVE BLA VERDE 700</u> Municipio <u>COLOMIA</u> Entidad <u>CIUDAD DE MEXICO</u>		
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u>	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u></u> 32.2 Fecha de certificación <u>30/01/2022</u>	31.1 Acta Núm. <u></u>		

