



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190681073

*SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION
LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Antonio</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Torres</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>05</u> Mes <u>07</u> Año <u>1947</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Hidalgo</u>
5. CURP <u>HETA470705H+ERNROS</u> Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>07</u> Para menores de un día: Horas <u>13</u> Para menores de un mes: Días <u>07</u> Para menores de un año: Meses <u>07</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>073</u> Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: <u>Rancho Nuevo</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Rancho Nuevo</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>Pisaflores</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Pisaflores</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Pisaflores</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Hidalgo</u> 10.7 Código Postal: <u>40100</u> 10.8 Localidad: <u>Hidalgo</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>Hidalgo</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>Hidalgo</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> 11.2 Ocupación habitual: <u>Camposino</u> Se ignora ☐		
12. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ IMSS ☒ IMSS PROSPERA ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 12.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>44444444</u>		
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐ IMSS PROSPERA ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ 13.1 Nombre de la unidad médica: <u>HID 44 Zacatipan</u> 13.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>San Martín</u>		
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 14.1 Tipo de vivienda: <u>SIN</u> 14.2 Nombre de la vivienda: <u>San Martín</u> 14.3 Núm. Exterior: <u>20100</u> 14.4 Núm. Interior: <u>20100</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Zacatipan</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 14.7 Código Postal: <u>40100</u> 14.8 Localidad: <u>Zacatipan</u> 14.9 Municipio o delegación: <u>Tamazunchale</u> 14.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día <u>13</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u> Hora <u>16</u> Minutos <u>03</u>		
16. CAUSAS DE LA DEFUNCION Ante una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc. PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) <u>Enfisema pulmonar Bilateral</u> b) <u>Suspecho de covid</u> c) <u>Insuficiencia renal crónica terminal estadio 4</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo. <u>Hipertensión arterial sistémica</u>		
17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
19. CAUSAS ANOTADAS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de: embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE <u>6311546</u>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>20100</u> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con la fallecida(a): <u>20100</u>		
23. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 23.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 23.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de: embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 23.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 23.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con la fallecida(a): <u>20100</u>		
24. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO Número de la cédula profesional: <u>6311546</u>		
25. SI EL CERTIFICANTE NO ES MEDICO Nombre: <u>Adelardo Carrido Perilla</u> Primer Apellido <u>San Martín</u> Segundo Apellido <u>Kims</u> 25.1 Tipo de vivienda: <u>SIN</u> 25.2 Nombre de la vivienda: <u>San Martín</u> 25.3 Núm. Exterior: <u>20100</u> 25.4 Núm. Interior: <u>20100</u> 25.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Zacatipan</u> 25.6 Código Postal: <u>40100</u> 25.7 Localidad: <u>Zacatipan</u> 25.8 Municipio o delegación: <u>Tamazunchale</u> 25.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
26. FECHA DE CERTIFICACION Día <u>13</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>		
27. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Acta Num: <u>20100</u> 31.2 Localidad: <u>Zacatipan</u> 31.3 Municipio o delegación: <u>Tamazunchale</u> 31.4 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 31.5 Día: <u>13</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>2020</u>		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MEDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA