



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

MODULO 2011.1

FOLIO

190681092

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PÚBLICOS

190681092

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Modesta Lazaro	Feliciano													
2. FECHA DE NACIMIENTO		15/01/1972	3. SEXO	HombrO ₁ Mujer ₂ Se ignora ₉	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Tamaulipas										
5. CURP		LA FM 720615MSPZLD09	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si ₁ No ₂ Se ignora ₉	7. NACIONALIDAD	Mexicana ₁ Otra ₂ → Especifique										
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 Años cumplidos										
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											
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)														
11. ESCOLARIDAD		Ninguna ₁ Preescolar ₂ Primaria ₃ Secundaria ₅ Seguro Popular ₇ Otra ₈	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1 Trabajaba S ₁ No ₂ Se ignora ₉										
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna ₁ ISSSTE ₃ SEMAR ₅ IMSS ₇ PEMEX ₄ SEMAR ₆ IMSS PROSPERA ₁₀	13.1 Número de seguridad social o afiliación:	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Vía pública ₁₀ Otro lugar ₁₂										
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda:	15.2 Nombre de la vivienda:	15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano:	15.6 Nombre del asentamiento humano:	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Dia Mes Año	16.1 Número de la unidad médica:	16.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	16.3 Número de la unidad médica:	16.4 Número de la vivienda:	16.5 Tipo de asentamiento humano:	16.6 Nombre del asentamiento humano:	16.7 Código Postal	16.8 Localidad	16.9 Municipio o delegación	16.10 Entidad federativa				
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		S ₁ No ₂ Se ignora ₉	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	S 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.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN									
PARTE I		a) Choque hipovolárico Debido a (o como consecuencia de)		b) Sangrado de tubo digestivo Debido a (o como consecuencia de)		c) Hipertensión arterial sistémica Debido a (o como consecuencia de)		d) Sospechoso COVID-19		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	21.5 Uso exclusivo del personal quirúrgico
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?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)											
23. NOMBRE		Ma Dolores Antonio Cruz de Guardia	23.1 Localidad	23.2 Municipio o delegación	23.3 Entidad federativa											
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO												
25.1 Médico tratante ₁ Médico legista ₂ Otro médico ₃ Autoridad civil ₄ Autoridad ₅ Otro ₈		25.2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud		26.2 Número de la cédula profesional:												
26.3 Especifique		27. NOMBRE		28. FIRMA												
27.1 Nombre(s): Carlos Eduardo Reyes Maget		27.2 Nombre(s):	27.3 Localidad	27.4 Municipio o delegación	27.5 Entidad federativa											
28. DOMICILIO Y TELÉFONO		28.1 Tipo de vivienda:	28.2 Nombre de la vivienda:	28.3 Núm. Exterior	28.4 Núm. Interior	28.5 Teléfono:	28.6 Localidad	28.7 Código Postal	28.8 Municipio o delegación	28.9 Entidad federativa						
29. NOMBRE DEL FAMILIAR		29.1 Nombre del asentamiento humano:	29.2 Nombre de la vivienda:	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Teléfono:	29.6 Nombre del asentamiento humano:	29.7 Código Postal:	29.8 Localidad:	29.9 Municipio o delegación:	29.10 Entidad federativa:					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		30.1 Día	30.2 Mes	30.3 Año	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		31.1 Número:	31.2 Libro Número:	31.3 Acta Número:	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad:	32.2 Municipio o delegación:	32.3 Entidad federativa:	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año:									

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