

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

Modelo 2017.1

FOLIO

200623337200623337200623337200623337200623337200623337

200623337

200623337200623337200623337200623337200623337200623337

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Santos Reyna Torres Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO 18 04 19 57 Día Mes Año		3. SEXO Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Tamaulipas Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP REPS570418MTSYRMO0 Se ignora 099		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si 01 No 02 Se ignora 09		7. NACIONALIDAD Mexicana 01 Se ignora 09 Otra 02 → 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 63 Se ignora 09		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 06 Viudo(a) 02 Casado(a) 05 En unión libre 04 Divorciado(a) 03 Soltero(a) 01 Se ignora 09				
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 352 1 10.1 Tipo de vialidad Pueblo 10.2 Nombre de la vialidad Fracción El Toro 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano Fracción El Toro Santa María del Río San Andrés Patón 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
11. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Preescolar 012 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 07 Profesional 08 Posgrado 010 Se ignora 099 Completa 01 Incompleta 02		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si 01 No 02 Se ignora 09 Amo de Casa Se ignora 099				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS PROSPERA 010 Se ignora 099		13.1 Número de seguridad social o afiliación				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 IMSS PROSPERA 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08 Unidad médica privada 09 Hospital General de Soledad de Gr. 14.1 Nombre de la unidad médica Via pública 010 Otro lugar 012 Hogar 011 Se ignora 099 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 15.1 Tipo de vialidad Colonia 15.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 78436 Soledad Graciano Sánchez Soledad Graciano Sánchez SLP 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05 05 20 20 1 2 25 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si 01 No 02 Se ignora 09	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 01 No 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Choque Séptico Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Diabetes Mellitas Tipo 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 12 horas 6 días 18 años		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 01 No 02		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 01 No 02		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 01 No 02 Se ignora 09		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 00 Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Calle o carretera (vía pública) 04 Escuela u oficina pública 02 Área comercial o de servicio 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Granja (rancho o parcela) 07 Otro 08 Se ignora 09		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		
22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		
22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE Juana María Morales Reyna Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hija				
25. CERTIFICADA POR Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03 Directivo Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 08 Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3207093 Número de la cédula profesional		28. FIRMA 		
27. NOMBRE Enka Alicia Domínguez Yereña Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		29. DOMICILIO y TELÉFONO 1112 29.1 Tipo de vialidad Colonia 29.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 78436 Soledad Graciano Sánchez 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 4448260109				
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 05 05 20 20 Día Mes Año						

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

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA), LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA Q.

200623337