



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

FOLIO
200630434

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Maria</u> Primer Apellido <u>Trujillo</u> Segundo Apellido <u>Acuña</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>11</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>San Luis Potosí</u>			
5. CURP <u>TIEMAT4705110MSIPR612107</u> Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ 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 <u>23</u> Se ignora ☐		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Carretera a Matamoros</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>El</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>El</u> 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 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 ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajador ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.1 Trabajador ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.2 Ocupación <u>Trabajador</u> Se ignora ☐			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Matamoros</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1101010101010101</u> 14.3 Nombre de la vivienda <u>El</u> 14.4 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 14.5 Municipio o Alcaldía <u>Matamoros</u> 14.6 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>El</u> 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Matamoros</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>13</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>54</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Asfexia por paro cardíaco</u> b) <u>Asfexia por paro cardíaco</u> c) <u>COVID-19</u> d) <u>COVID-19</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte <u>DM2</u> <u>HAT</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>4 hrs.</u> <u>15 días</u> <u>8 días</u> <u>15 días</u> Código CIE <u>J60X</u> <u>A99</u> <u>U01</u> <u>E119</u> <u>I10X</u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U01</u> <u>01</u> <u>01</u> <u>01</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
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 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) <u>Hijo</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 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 Nombre(s) <u>Maria</u> Primer Apellido <u>Trujillo</u> Segundo Apellido <u>Acuña</u>		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Diego</u> Primer Apellido <u>Enríquez</u> Segundo Apellido <u>Enríquez</u>	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda <u>Carretera</u> 28.2 Nombre de la vivienda <u>El</u> 28.3 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 28.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 28.7 Código Postal _____ 28.8 Localidad _____ 28.9 Municipio o Alcaldía <u>Matamoros</u> 28.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 28.11 Teléfono _____		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>13</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u>		30. FECHA DE DEFUNCIÓN Día <u>13</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		33. ENTIDAD FEDERATIVA _____	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD