



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	José Arísticó		Martínez	Vela Záquez	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	10/10/1919	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	S.L.P.			
Día Mes Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →		
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Talla (centímetros):	
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle <u>Calle</u>	Dirección <u>Dirección</u>	10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Colonia <u>Colonia</u>	10.6 Nombre del asentamiento humano	Matehuala <u>Matehuala</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 <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		HOSPITAL GENERAL MATEHUALA		Vía pública <input type="radio"/> 10	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica:	Otro lugar <input type="radio"/> 12	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	
601 <u>SN</u>	15.1 Tipo de vialidad	Colonia <u>Colonia</u>	15.2 Nombre de la vialidad	Betania <u>Betania</u>	718724	
15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	Matehuala <u>Matehuala</u>	S.L.P. <u>S.L.P.</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día <u>10</u>	Mes <u>10</u>	Año <u>2020</u>	Horas <u>20</u>	Minutos <u>40</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
	a) Debido a (o como consecuencia de) Paro cardíaco y respiratorio					
Causas antecedentes	b) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía atípica					
Estados morbosos, si existiera alguna que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	c) Debido a (o como consecuencia de) Sospechoso COVID-19					
	d) Debido a (o como consecuencia de)					
19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron						
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	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 <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	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 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte. <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA: ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	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)	
	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	
				Área deportiva <input type="radio"/> 3 (club, cancha, etc.)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	
				Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Otro <input type="radio"/> 8	
				Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 (pública, privada, etc.)	Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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
22.7.3 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	Francisco Zamarrón Zarzosa		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Sobrino <u>Sobrino</u>		
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	11543311	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	Gemma Jacqueline Cueno Roerca		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	645		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad					
	29.2 Nombre de la vialidad					
	29.3 Núm. Exterior					
	29.4 Núm. Interior					
	29.5 Tipo de asentamiento humano					
	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					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADo	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
Núm. _____, Libro Núm. _____	* Dia Mes Año					
31.1 Acta Núm. _____						
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
32.1 Localidad						
32.2 Municipio o Alcaldía						
32.3 Entidad federativa						
32.4 Dia Mes Año						
DEL REG. CIVIL						
DEL CERTIFICANTE						
DEL INF.						
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS						
DEL REG. CIVIL						

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