



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

FOLIO
200630575
200630575

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		LAURA ALEXIA CRONATO CRONATO		
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
10/01/1973	Día Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	SAN LUIS POTOSÍ	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		
CCLL730611NPRR02		Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <input type="radio"/> 4
7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA		
Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes
Se ignora <input type="radio"/> 9		Minutos	Horas	Días
9. ESTADO CONYUGAL		Para menores de un año	Para personas de un año o más	Años cumplidos
Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	Se ignora <input type="radio"/> 9
En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		
SN		LOCALIDAD		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		
9181021		MATEHUALA MATEHUALA		
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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5	12. OCUPACIÓN HABITUAL
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	HOGAR <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99
Completa <input checked="" type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	14.1 Nombre de la unidad médica
SEDENA <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		
601		15.2 Nombre de la vialidad		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		
MATEHUALA		MATEHUALA		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		
15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
05/10/2020	14:00	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
Día	Mes	Horas	Minutos	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		
Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		
a) Debido a (o como consecuencia de)			19.1 Influenza respiratoria	
b) Debido a (o como consecuencia de)			19.2 COVID-19 (COVID-19)	
c) Debido a (o como consecuencia de)			19.3 COVID-19	
d) Debido a (o como consecuencia de)			19.4 COVID-19	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		
Código CIE: U20X		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puérpero <input type="radio"/> 3
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puérpero?		Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puérpero?
21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		21.5 Hora de la muerte		
18h		18h		
21.6 Uso exclusivo del personal codificador		21.7 Código CIE		
Código CIE: U20X		U092		
21.8 Uso exclusivo del personal codificador		U092		
21.9 Uso exclusivo del personal codificador		0049		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		22.5 Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle, fabrica u oficina)		
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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3		Número de la cédula profesional		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique		
27. NOMBRE		28. FIRMA		
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
CALLE 1001		10/08/2020		
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		29.12 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32.1 Localidad		
Número, Libro Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía		
31. Acta Núm.		32.3 Entidad federativa		
32.4 Dia		32.5 Mes		
32.5 Año				

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



200630575

DEL CERTIFICANTE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DEL REG. CIVIL