

41-05-40-1023 SECRETARÍA DE SALUD

## -4 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SM1940 PE

Modelo 2017.1 FOLIO 317

200635332

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Felina Hernandez	Zapata					
2. FECHA DE NACIMIENTO		11 610131 1940	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
		Dia Mes Año			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		IHIEZTFI1010131161HSPIRIPLO1010	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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			
					Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5		
					En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Calle	VIALIDAD	10.2 Nombre de la vialidad			
		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
		1717121601	Ciudad Valles	Ciudad Valles	San Luis Potosí			
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"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8	Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCCUPACIÓN HABITUAL		
					Completa <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 So Ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	4165401023 541940PE		
					14.1 Nombre de la unidad médica			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud	Hospital General de Zona #6	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	VIA PÚBLICA	Otro lugar <input type="radio"/> 12		
		IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Boulevard	Méjico - Laredo	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.1 Tipo de vialidad			
		914	Fraccionamiento	19 de Enero	FRACCIONAMIENTO	15.2 Nombre de la vialidad		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
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?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
11 610131 1940		12 1013101	11 610131 1940	11 610131 1940	11 610131 1940	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
Dia Mes Año		Horas Minutos						
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.1 Causa de la defunción		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>No murió en especificada</i>	Debido a (o como consecuencia de)		17 días	17.1 Causa de la defunción	17.2 Causa de la defunción	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <i>COVID-19</i>	Debido a (o como consecuencia de)		17 días	17.3 Causa de la defunción	17.4 Causa de la defunción	
		c) <i>Diabetes Mellitus no especificada</i>	Debido a (o como consecuencia de)					
		d) <i>Hipertensión arterial Primaria</i>	Debido a (o como consecuencia de)					
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 Causa de la defunción	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Código CIE		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente	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(fa) fallecido(a)	22.5 Causa de la defunción		
		Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	30 2023	T10. X	
22.6 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	22.7.9 Municipio o Alcaldía			22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE		NOEMI Hdez Landa Verde			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				hija	
25. CERTIFICADO POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5		Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8	Alfonso Hernandez	97595113	*Especifique	Número de la cédula profesional.		
27. NOMBRE		Olivo	Hernandez	28. FIRMA				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Méjico - Laredo	19 de Enero	17171013101	Ciudad Valles	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	11 610131 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	Dia Mes Año		
		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono			
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
Núm. _____ Libro Núm. _____		Núm. _____ Libro Núm. _____	32.1 Localidad			32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Núm. _____		31.2 Acta Núm. _____				32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año

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