



41-92-64-0083-3 S  
CE 5M1964 PE ANTES DE

# **SECRETARÍA DE SALUD**

## **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017.1

FOLIO

564720063564

200635647

200635647 200635647 200635647 200635647 200635647  
200635647 200635647 200635647 200635647 200635647  
200635647 200635647 200635647 200635647 200635647  
200635647 200635647 200635647 200635647 200635647  
200635647 200635647 200635647 200635647 200635647

C-A  
25  
med  
Int

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Celestino		Navarro	Cañares		
	Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	18 09 1964	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP			Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD		
			<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	Se ignora <input type="radio"/> 99		
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	10.2 Nombre de la viabilidad		
				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		
10. RESIDENCIA HABITUAL	Avenida Local		Constitución El Limonal		10.6 Nombre del asentamiento humano		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
S/N 79311		EL NARANJO	EL NARANJO	San Luis Potosí.			
10.3 Núm. Exterior	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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es: 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	12. Ocupación Habitual campesino	Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	4192640083	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General de Zona N° 6	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	914	Boulevard Francisco I. Madero	Méjico Tlaredo norte.	15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Núm. Exterior	15.7 Código Postal	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano			
79000		Ciudad Valles	Ciudad Valles.	15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	03 08 2020	08 25	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad			
Dia Mes Año	Horas	Minutos	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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		
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)	8 horas J1960					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía viral no especificada Debido a (o como consecuencia de)	2 días J129					
	c) Sospecha de coronavirus Debido a (o como consecuencia de)	2 días U072					
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	d) Diabetes Mellitus	15 años E119					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS					Uso exclusivo del personal codificador		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
21.4 Anote la muerte ocurrida entre el inicio de la enfermedad y la muerte					20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
21.5 Anote la muerte ocurrida entre el inicio de la enfermedad y la muerte					U 072		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente Accidente <input type="radio"/> 1 Sucedido <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Granja <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9			
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión							
22.4 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						
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	11517424						
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	22.7.10 Entidad federativa			
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE	Maribel		Zarate	Vazquez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) ESPOSA		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
25. CERTIFICADA POR					26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique		11599424		
					Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	José Mauricio Marquez		Salazar	28. FIRMA			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
29. DOMICILIO y TELÉFONO					29.5 Tipo de asentamiento humano		
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			
Francisco I. Madero	79000	Ciudad Valles	914				
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono				
Ciudad Valles	79000	San Luis Potosí					
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	03082020	Dia Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO					32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
Núm. _____ Libro Núm. _____	32.1 Localidad						
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año		
DEL REG. CIVIL	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año		
DEL CERTIFICANTE	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año		
DEL INF.	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año		
DEL REG. CIVIL	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año		