



**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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**

ESTOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS Sujetos OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS Particulares.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		MARTHA PATRICIA MARTINEZ			BONI 92 356				
Nombre(s)		Primer Apellido			Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO [30] [01] 1986		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SLP.		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP MARMI860130MSPRDP04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		Se ignora				
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 <input checked="" type="radio"/> 314 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 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		10.1 Tipo de vialidad LA CALLEA			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano CO VALLES	10.6 Nombre del asentamiento humano ALUMINIO ORIZONA		10.2 Nombre de la vialidad 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) SLP			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía CO VALLES		12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora		10.11 Ocupación habitual IMPLEMENTACION		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL IMPLEMENTACION						
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 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 HOSPITAL GENERAL CO VALLES		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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica SIPSSA 000 3516		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano CO VALLES	15.6 Nombre del asentamiento humano CO VALLES		15.1 Tipo de vialidad MEXICO LARGO KM 1		15.2 Nombre de la vialidad LMA, 09 0X1719	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía CO VALLES		15.10 Entidad federativa SLP				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [20] Mes [08] Año [2020]		Horas [01] Minutos [00]	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROSCOPÍA? SI <input type="radio"/> 1 No <input 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.)									
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) Desequilibrio Acid Base b) Debido a (o como consecuencia de) Síntoma de Insuficiencia Respiratoria Aguda o Dolor c) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía grave con SARS-COV-2 20 D.05. d)									
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo PUEBLO QUINAHICO PAR ECLAMPSIA SEVERA									
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? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
43 días a 11 meses		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte		<input type="radio"/> 5					
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE									
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9									
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto fallecido con el fallecido (padres, hermanos, hijos, nietos, etc.) PODER FEDERAL		Uso exclusivo del personal	
22.5 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									
23. NOMBRE									
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
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 de Gumpia			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional 6174759			
*Especifique									
27. NOMBRE									
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA			
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									
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN									
20.08.2020									