



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200636613

200636613

200636613

*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
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

200636613

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ALONSO TOMAS</p> <p>Nombre(s) ALONSO Primer Apellido TOMAS Segundo Apellido</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO 1920-04-19 50</p> <p>Día Mes Año</p> <p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI</p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP TOSN500402HSPMMLO3</p> <p>Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</p> <p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> 070 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</p> <p>8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input 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 type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) SN</p> <p>10.1 Tipo de vialidad</p> <p>10.2 Nombre de la vialidad LA HIGUERA</p> <p>10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>10.7 Código Postal</p> <p>10.8 Localidad</p> <p>10.9 Municipio o Alcaldía</p> <p>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p> <p>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 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</p> <p>11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL TRABAJADOR Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>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</p> <p>13.1 Número de seguridad social o afiliación</p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada 14.1 Nombre de la unidad médica HR 16 AXTLA Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</p> <p>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p>14.3 Número de la unidad médica HOGAR Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SN</p> <p>15.1 Tipo de vialidad</p> <p>15.2 Nombre de la vialidad SANTA MARIA</p> <p>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>15.7 Código Postal</p> <p>15.8 Localidad</p> <p>15.9 Municipio o Alcaldía</p> <p>15.10 Entidad federativa</p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2020-04-19 20:58</p> <p>Día Mes Año Horas Minutos</p> <p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) CASO SUSPECHO DE COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>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</p> <p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</p> <p>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad</p> <p>22.7.2 Nombre de la vialidad</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>22.7.7 Código Postal</p> <p>22.7.8 Localidad</p> <p>22.7.9 Municipio o Alcaldía</p> <p>22.7.10 Entidad federativa</p> <p>23. NOMBRE RAUL TOMAS HERNANDEZ</p> <p>Nombre(s) RAUL Primer Apellido TOMAS Segundo Apellido HERNANDEZ</p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo</p> <p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique</p> <p>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6581896</p> <p>Número de la cédula profesional</p> <p>27. NOMBRE ISABEL GARCIA MARTIN</p> <p>Nombre(s) ISABEL Primer Apellido GARCIA Segundo Apellido MARTIN</p> <p>28. FIRMA Isabel Garcia</p> <p>29. DOMICILIO y TELÉFONO LICOR AL CUBANO</p> <p>29.1 Tipo de vialidad SANTA MARIA II</p> <p>29.2 Nombre de la vialidad 79930</p> <p>29.3 Núm. Exterior 136</p> <p>29.4 Núm. Interior MTLA</p> <p>29.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano AZCA</p> <p>29.7 Código Postal SLP</p> <p>29.8 Localidad</p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía</p> <p>29.10 Entidad federativa</p> <p>29.11 Teléfono</p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17/02/2021</p> <p>Día Mes Año</p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</p> <p>Núm. 1000, Libro Núm. 1</p> <p>31.1 Acta Núm. 1</p> <p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>32.1 Localidad</p> <p>32.2 Municipio o Alcaldía</p> <p>32.3 Entidad federativa</p> <p>32.4 Día Mes Año</p>									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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