



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017-1

FOLIO

200636720

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------------|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Jose Hernandez | | Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | |
| 5. CURP L1578451971G65P83402 | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | 8.2 Semanas de gestación: | | 8.3 Peso (gramos): | | Para personas de un año o más Años cumplidos |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | 10.1 Tipo de vialidad | | 10.2 Nombre de la vialidad | | |
| 10.3 Núm. Exterior 1991510 | | 10.4 Núm. Interior 00000 | | 10.5 Tipo de asentamiento humano o Hacienda Rural o Pueblo | | 10.6 Nombre del asentamiento humano Colonia |
| 10.7 Código Postal 19000 | | 10.8 Localidad | | 10.9 Municipio o Alcaldía Tlaxco | | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL Colaborador <input type="radio"/> Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 14.1 Nombre de la unidad médica Hospitales | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 | | 15.1 Tipo de vialidad | | 15.2 Nombre de la vialidad | | Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 00000 | | 15.5 Tipo de asentamiento humano | | 15.6 Nombre del asentamiento humano Tlaxco | | 15.10 Entidad federativa Tlaxcala |
| 15.7 Código Postal 19000 | | 15.8 Localidad | | 15.9 Municipio o Alcaldía Tlaxco | | 15.10 Entidad federativa Tlaxcala |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Núm. Exterior 16.2 Mes Diciembre | | 16.3 Año 2020 | | 16.4 Horas 18:00 | | 16.5 Minutos 00 |
| 17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 01 días |
| a) COVID-19 sospechoso | | | | | | Uso exclusivo del personal médico Código CIE |
| b) Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad | | | | | | |
| c) Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad | | | | | | |
| d) Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad | | | | | | |
| PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo | | | | | | |
| 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"/> El parto <input type="radio"/> 1 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | | 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I.R. No. 44 ATIPAN SLP |
| 22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 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 | | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina Pública <input type="radio"/> 2 | | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto autor o víctima con el fallecido(a) fallecido(a) |
| 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 | | | | I.R. No. 44 ATIPAN SLP |
| 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 00000 | | 22.7.5 Tipo de asentamiento humano | | 22.7.6 Nombre del asentamiento humano | | |
| 22.7.7 Código Postal 19000 | | 22.7.8 Localidad | | 22.7.9 Municipio o Alcaldía Tlaxco | | 22.7.10 Entidad federativa Tlaxcala |
| 23. NOMBRE Nombre(s) Santos Hernandez Octavio | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo |
| 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7815063 | | 26. Número de la cédula profesional | | |
| 27. NOMBRE Nombre(s) Octavio Hernandez | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | | 28. FIRMA Octavio Hernandez |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Número del asentamiento humano 29.2 Número del teléfono 29.3 Número del teléfono 29.4 Número del teléfono 29.5 Número del teléfono | | 29.7 Código Postal 29.10 Entidad federativa Tlaxcala | | 29.8 Localidad Tlaxco | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12/12/2020 |
| 29.6 Número del asentamiento humano 29.9 Número del teléfono 29.11 Número del teléfono | | 29.7 Código Postal 29.10 Entidad federativa Tlaxcala | | 29.8 Localidad Tlaxco | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____ | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad | | 32.2 Municipio o Alcaldía | | 32.3 Entidad federativa |
| 31.1 Acta Número _____ | | | | | | 32.4 Día 12 |
| | | | | | | 32.5 Mes Diciembre |
| | | | | | | 32.6 Año 2020 |
| DEL REG. CIVIL | | DEL CERTIFICANTE | | DEL INF. | | DEL Domicilio y Teléfono |

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