



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200636720
Modelo 2017.1

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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Jose Antonio Hernandez</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>16</u> Mes <u>9</u> Año <u>1931</u>	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) <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>H584491919645084408</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <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 <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>89</u> Para menores de un día: Horas <u>89</u> Para menores de un mes: Días <u>89</u> Para menores de un año: Meses <u>89</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>89</u>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda <u>1</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>1</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1</u> 10.4 Núm. Interior <u>1</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>1</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>1</u> 10.7 Código Postal <u>1</u> 10.8 Localidad <u>1</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>1</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preecolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>1</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1</u> 14.3 Tipo de vivienda <u>1</u> 14.4 Nombre de la vivienda <u>1</u> 14.5 Núm. Exterior <u>1</u> 14.6 Núm. Interior <u>1</u> 14.7 Tipo de asentamiento humano <u>1</u> 14.8 Nombre del asentamiento humano <u>1</u> 14.9 Código Postal <u>1</u> 14.10 Localidad <u>1</u> 14.11 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 14.12 Entidad federativa <u>1</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>1</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>1</u> 15.3 Núm. Exterior <u>1</u> 15.4 Núm. Interior <u>1</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>1</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>1</u> 15.7 Código Postal <u>1</u> 15.8 Localidad <u>1</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 15.10 Entidad federativa <u>1</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>16</u> Mes <u>9</u> Año <u>2020</u> Horas <u>16</u> Minutos <u>00</u>
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debido a (o como consecuencia de) <u>COVID-19 sospechoso</u> b) Debido a (o como consecuencia de) <u>1</u> c) Debido a (o como consecuencia de) <u>1</u> d) Debido a (o como consecuencia de) <u>1</u> Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: PARTE III 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"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>1</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1</u> Código CIE <u>1</u>		22. Si la muerte fue accidental o violenta, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto accidente con el fallecido(a): <u>1</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>1</u> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda <u>1</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>1</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>1</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>1</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>1</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>1</u> 22.7.7 Código Postal <u>1</u> 22.7.8 Localidad <u>1</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>1</u>
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Jose Antonio Hernandez</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique <u>1</u>		26. Si el certificador es médico Número de la cédula profesional <u>1</u>
27. NOMBRE Nombre(s) <u>1</u> Primer Apellido <u>1</u> Segundo Apellido <u>1</u>		28. FIRMA <u>1</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>1</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>1</u> 29.3 Núm. Exterior <u>1</u> 29.4 Núm. Interior <u>1</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>1</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>1</u> 29.7 Código Postal <u>1</u> 29.8 Localidad <u>1</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 29.10 Entidad federativa <u>1</u> 29.11 Teléfono <u>1</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>16</u> Mes <u>9</u> Año <u>2020</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>1</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 32.3 Entidad federativa <u>1</u> 32.4 Día <u>1</u> Mes <u>1</u> Año <u>1</u>

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