



## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

## FOLIO

200636858

200636858 200636858 200636858 200636858 200636858 200636858 200636858

200636858

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		TRANQUILINO	HERNANDEZ	GONZALEZ
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	5. CURP
2 3 0 7 1 9 6 0	Dia Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	SAN LUIS POTOSI	H E G T 6 0 0 7 2 3 H S P R N R 0 1
			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	8. EDAD CUMPLIDA	9. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	Para menores de una hora Minutos	Nombre(s)
Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99	Para menores de un día Horas	Primer Apellido
Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99	Para menores de un mes Días	Segundo Apellido
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10. RESIDENCIA HABITUAL	10.1 Tipo de vialidad
			Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	CALLE
206				10.2 Nombre de la vialidad
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		EL SOL
7 9 9 6 0				10.6 Nombre del asentamiento humano
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	SAN LUIS POTOSI
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
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 checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	NO OCUPADO - JUBILADO O FENSIÓNADO	0 5	Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" 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	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Tamazunchale	HEHGT600723-90
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	BOULEVARD PUEBLO	Boulevard Issste Tamazunchale	15.6 Nombre del asentamiento humano	
SN			15.10 Entidad federativa	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	SAN LUIS POTOSI	
7 9 9 6 0				
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
1 3 0 7 2 0 2 0	2 3 1 0	Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
1. Día 2. Mes 3. Año	4. Horas 5. Minutos			
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) NEUMONIA POR SARS COV 2				
Debido a (o como consecuencia de)				
b) Debido a (o como consecuencia de)				
c) Debido a (o como consecuencia de)				
d) Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				
DIABETES MELLITUS				
5 AÑOS				
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				
3 DIAS				
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				
USO EXCLUSIVO AL PREGONARIO COLECTOR				
Código CIE				
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?	
43 días a 11 meses	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4				
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?				
21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/(a) fallecido(a)				
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE				
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1				
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	
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"/> 99	Área deportiva <input type="radio"/> 3	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión				
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/(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				
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 DULCE YOLOTGIN		HERNANDEZ	DE LA CRUZ	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO(A) 0 2				
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	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	10980486	
*Especifique			Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE LUI ENRIQUE CEBALLOS AHUMADA				
28. FIRMA				
29. DOMICILIO y TELÉFONO BOULEVARD ISSSTE SN PUEBLO				
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				
29.9 Municipio o Alcaldía				
29.10 Entidad federativa				
29.11 Teléfono				
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
1 3 0 7 2 0 2 0				
Día Mes Año				
31.1 Acta Núm.				
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
32.1 Localidad				
32.2 Municipio o Alcaldía				
32.3 Entidad federativa				
32.4 Día Mes Año				
DE DEL REG. CIVIL		DEL CERTIFICANTE		
DEL FALLECIDO		DEL INF.		
DE LOS USUARIOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES		DE LOS USUARIOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>ª</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA