



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200636864

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		ANGELICA		FERNANDEZ		BESANILLA	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		2 4	
2 1 0 6 1 9 3 2		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		SAN LUIS POTOSI		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
F E B A 3 2 0 6 2 1 M S P R S N 0 3		Si <input type="radio"/> 1 X <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	
						Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	
						Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	
						Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		CALLE		SAN RAFAEL			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
103				BARRIO		SAN LUIS POTOSI	
7 9 9 6 0		10.8 Localidad		TAMAZUNCHALE		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
10.9 Código Postal				TAMAZUNCHALE			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		NO REMUNERADO - AMA DE CASA	
				Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 X No <input type="radio"/> 2	
				Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		Hospital <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
103 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		BARRIO		SAN RAFAEL	
7 9 15 6 8		15.6 Nombre del asentamiento humano		TAMAZUNCHALE		15.9 Municipio o Alcaldía	
10.9 Código Postal		15.8 Localidad		TAMAZUNCHALE		SAN LUIS POTOSI	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
0 7 0 8 Mes 2 0 2 Año 0 1 1 0 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1		X No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		10. DÍAS		Uso exclusivo del personal codificador			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		NEUMONIA POR SARS COV 2		Código CIE			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)		{ b) c) d)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA		25 AÑOS			
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		20 AÑOS			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera) <input type="radio"/> 4	
Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	
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		Se ignora <input type="radio"/> 9			
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	