



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOL

200637054

200637054

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Giberto		Rubio		Lopez			
2. FECHA DE NACIMIENTO		22051960	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Hidalgo	
Día Mes Año							Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		RUL6600522HGBPIL03		Se ignora <input type="radio"/>		O99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Meses	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
		Minutos	Horas	Días	Años	Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/>		
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad		32.1 Localidad		
							32.2 Municipio o Alcaldía		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano		32.3 Entidad federativa		
				EI Coyol	Chapultepec	Hidalgo	32.4 Día		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		32.5 Mes		
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 03	Secundaria <input type="radio"/> 05	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora <input type="radio"/>	
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07	Profesional <input type="radio"/> 08	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 02	Jardineria	Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> 03	SEDENA <input type="radio"/> 05	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
		IMSS <input type="radio"/> 02	PEMEX <input type="radio"/> 04	SEMAR <input type="radio"/> 06	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	13.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01	IMSS <input type="radio"/> 03	PEMEX <input type="radio"/> 05	SEMAR <input type="radio"/> 07	Hospital Rural No 44	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02	ISSSTE <input type="radio"/> 04	SEDENA <input type="radio"/> 06	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 08	14.1 Nombre de la unidad médica	Hogar <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				15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	
							Zacatlpan	Tamazunchale	
		15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano				15.7 Código Postal	15.8 Localidad	
							15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
		06	20	2020	11	18	10	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02	
							Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
		a) Neumonia Adquirida en la Comunidad						Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
		Debido a (o como consecuencia de)							
		b) Sospechoso Covid-19							
		Debido a (o como consecuencia de)							
		c) Declaración							
		d) Declaración							
19.2 Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo									
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		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	
		El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/> 03	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
		Accidente <input type="radio"/> 01	Homicidio <input type="radio"/> 02	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 01 (asilo, orfanato, etc.)	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 06	Área deportiva <input type="radio"/> 03		
		Suicidio <input type="radio"/> 03	Se ignora <input type="radio"/> 09	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	Calle o carretera (<i>vía pública</i>) <input type="radio"/> 04	Granja <input type="radio"/> 07	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 04		
					Área comercial o pública <input type="radio"/> 05	Otro <input type="radio"/> 08			
					Se ignora <input type="radio"/> 09				
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			
		Zacatlpan							
23. NOMBRE		Aureliano		Rubio Lopez		Hernando		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 01	Médico legista <input type="radio"/> 02	Otro médico * <input type="radio"/> 03	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		4731949		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud		Autoridad civil* <input type="radio"/> 04	Otro <input type="radio"/> 05	*Especifique	Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE		Janeth		Amador Franco		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano	
Tama zunchale				San Luis Potosí					
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	
Núm.: _____, Libro Núm. _____									
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes	
								Año	
DEL REG. CIVIL		32.5 Día		32.6 Mes		32.7 Año			
DEL CERTIFICANTE		32.7 Mes		32.8 Año		32.9 Día			
200637054		32.9 Mes		32.10 Año		32.11 Día			
31.2 Lugar y Fecha de Registro		32.11 Localidad		32.12 Municipio o Alcaldía		32.13 Entidad federativa		32.14 Día	
31.3 Localidad		32.13 Municipio o Alcaldía		32.14 Entidad federativa		32.15 Día		32.16 Mes	
								Año	
31.4 Municipio o Alcaldía		32.16 Municipio o Alcaldía		32.17 Entidad federativa		32.18 Día		32.19 Mes	
								Año	
31.5 Entidad federativa		32.19 Municipio o Alcaldía		32.20 Entidad federativa		32.21 Día		32.22 Mes	
								Año	
31.6 Día		32.22 Municipio o Alcaldía		32.23 Entidad federativa		32.24 Día		32.25 Mes	
								Año	
31.7 Mes		32.25 Municipio o Alcaldía		32.26 Entidad federativa		32.27 Día		32.28 Mes	
								Año	
31.8 Año		32.28 Municipio o Alcaldía		32.29 Entidad federativa		32.30 Día		32.31 Mes	
								Año	

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