



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017

200637142

200637142

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Dolores Martinez Chavez		Segundo Apellido				
	Nombre(s)	Primer Apellido	Entidad federativa	país (si nació en el extranjero)				
2. FECHA DE NACIMIENTO	09 04 1965	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	S.L.P.			
5. CURP	MACD650409HSPRHL07	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
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	7. NACIONALIDAD			
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Carretera Nacional Mexico-Laredo					Para personas de un año o más <input type="radio"/> 5 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)						Años cumplidos		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de vialidad	10.6 Nombre de la vialidad	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía		
53	Colonia	Zona centro	Matlapa	7 9970	Matlapa	S.L.P.		
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Carretera Mexico-Laredo	Colonia	Zona Centro	Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.1 Tipo de vialidad			
53	7 9970	Matlapa	Matlapa	15.2 Nombre de la vialidad	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	18 06 2020 09 30	Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 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, asfixia, etc.)	a) Insuficiencia respiratoria aguda a Debido a (o como consecuencia de)					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
PARTE I	b) SARS-CoV 2 Debido a (o como consecuencia de)					Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	c) Debido a (o como consecuencia de)					10 min		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	d)					1 semana		
PARTE II								
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo								
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?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
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	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							
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 oficina)	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 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho)				
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	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			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					
23. NOMBRE	Yais de la Flor	Hernandez	Bueno	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sobrina					
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input checked="" 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	09112232					
*Especifique				Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE	Miguel Angel Ramirez Constantino	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA				
Nombre(s)	Avenida Francisco I Madero							
29. DOMICILIO y TELÉFONO	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			
20 de noviembre	7 9970	Matlapa						
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono					
Matlapa								
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	24/06/2020					
Núm. <input type="radio"/> 1 Libro Núm. <input type="radio"/> 2	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa						
31.1 Acta Núm. <input type="radio"/> 1 Libro Núm. <input type="radio"/> 2	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año					

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD