



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

FOLIO
200637167

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) Mariana Salvador Hernandez			
2. FECHA DE NACIMIENTO 31/07/1935	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP SAHM350731MSPHRLR7		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
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 Para personas de un año o más: Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)			
10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	
10.5 Tipo de asentamiento humano		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)	
11. ESCOLARIDAD			
Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐			
12. OCUPACIÓN HABITUAL			
12.1 Trabajaba ☐ No ☐ Se ignora ☐			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
15.1 Tipo de vivienda			
15.2 Nombre de la vivienda			
15.3 Núm. Exterior			
15.4 Núm. Interior			
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			
Día Mes Año Horas Minutos			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☐			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Devido a (o como consecuencia de) Neumonía Adquirida en la Comunidad			
b) Devido a (o como consecuencia de) Sospecha Covid 19			
c) Devido a (o como consecuencia de)			
d) Devido a (o como consecuencia de)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
Enfermedad Renal Crónica Aguda			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐			
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐			
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:			
22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐			
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva (taller, fábrica u otra) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐			
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)			
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 Ante el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7.1 Tipo de vivienda			
22.7.2 Nombre de la vivienda			
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			
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
25. CERTIFICADA POR			
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE			
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			
29.1 Tipo de vivienda			
29.2 Nombre de la vivienda			
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			
Día Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
Núm. Libro Núm. Acta Núm.			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
32.1 Localidad			
32.2 Municipio o Alcaldía			
32.3 Entidad federativa			
32.4 Día			
32.5 Mes			
32.6 Año			

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



200637167