



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200637235

200637235 200637235 200637235 200637235 200637235 200637235 200637235 200637235 200637235 200637235

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>er</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>da</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

200637235

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL FALLECIDO

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	NOHEMI		PECTINA	MEGRANO					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO	02 04 1956	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	TAMAULIPAS			
5. CURP	P E M N 5 6 0 4 0 2 M T S C D H 0 4		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	6 4			
	Minutos	Horas	Días	Meses		Se ignora <input type="radio"/> 9			
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:				En unión libre <input type="radio"/>					
10. RESIDENCIA HABITUAL	AVENTIDA 144		JUAREZ	10.2 Nombre de la vialidad					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	SAN MIGUEL	Nombre del asentamiento humano				
			TAMA ZUNCHALE	SAN LUIS POTOSI	10.6 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía							
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	DE CASA	Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	12.1 Trabajaba	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
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	AVENTIDA 144		JUAREZ	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	AVENTIDA 144		JUAREZ	15.1 Tipo de vialidad	2 Nombre de la vialidad				
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	SAN MIGUEL	15.6 Nombre del asentamiento humano	SAN LUIS POTOSI	15.10 Entidad federativa			
			TAMA ZUNCHALE						
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	01 07 2020	12 00	Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input 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.)									
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente									
a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)									
b) SOSPECHOSO DE COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)									
c) Debido a (o como consecuencia de)									
d)									
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo									
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA									
OBESIDAD									
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			Uso exclusivo del personal codificador	
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	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5								
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE								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	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial (taller, fábrica, obra) <input type="radio"/> 6					
Homicidio <input type="radio"/> 2	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	Oranía (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7					
Suicidio <input type="radio"/> 3		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:								Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		22.7.6 Nombre del asentamiento humano			22.7.10 Entidad federativa	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano								
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía						
23. NOMBRE	FERNANDO AGUILAR		PECINA	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	HIJO				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
25. CERTIFICADA POR								26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3					9225563		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional						
*Especifique									
27. NOMBRE	KAREN GUADALUPE GUTIERREZ TAPIA		28. FIRMA						
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
29. DOMICILIO y TELÉFONO	KILOMETRO 6.5		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior			29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano
29.1 Tipo de vialidad	29.7 Código Postal		29.8 Localidad						
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono						
TAMA ZUNCHALE	SAN LUIS POTOSI								
29.9 Municipio o Alcaldía									
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO								30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Núm. 01, Libro Núm. 05								0 1 0 7 2 0 2 0	
31.1 Acta Núm. 347								Día Mes Año	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								1 5 0 7 2 0 2 0	
32.1 Localidad									
Tamazunchale									
32.2 Municipio o Alcaldía									
32.3 Entidad federativa									
32.4 Día Mes Año									

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