



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

FOLIO
200637247

*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



200637247

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		PETRA FLORES ROJERO	
Nombre(s)		Primer Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
2 3 0 2 1 9 4 8		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
Día Mes Año		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
F O R P 4 6 0 2 2 3 A G R I A T O 9		QUERRETO	
5. CURP		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
F O R P 4 6 0 2 2 3 A G R I A T O 9		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA	
Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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: 7 2	
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): CALLE DEL TORO	
10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0		10.4 Núm. Interior: T A A Z U N C H A L E	
10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
T A A Z U N C H A L E		S A N L U I S P O T O S I	
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		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.2 Ocupación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.2 Tipo de afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Número de la unidad médica	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital Comunitario de TAAZUNCHALE		5 3 3 3 X 0 0 1 7 0 3	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda	
K. 3.5		T A A Z U N C H A L E	
15.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0		15.4 Núm. Interior: L A P I T A H A Y A	
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
T A A Z U N C H A L E		S A N L U I S P O T O S I	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
2 3 0 7 2 0 2 0 0 9 3 0		Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) DESQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO		2 días	
b) EVENTO VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO		20 días	
c) CASO SUSPECTO DE COVID 19		1 día	
d) DIABETES MELLITUS TIPO 2		20 años	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas como parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE		22.3 ¿La relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
22.1 Fue un presunto: Acidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Área industrial (taller, fábrica o obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Añote 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: 7 9 9 6 0	
22.7.4 Núm. Interior: L A P I T A H A Y A		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		22.7.11 Teléfono	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
GABRIELA AHUEJOTE FLORES		HIJA	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique		6606919	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
MIREYA JASSO ZURIGA		[Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.1 Tipo de vivienda: T A A Z U N C H A L E		29.2 Nombre de la vivienda: L A P I T A H A Y A	
29.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0		29.4 Núm. Interior: S A N L U I S P O T O S I	
29.5 Tipo de asentamiento humano: T A A Z U N C H A L E		29.6 Nombre del asentamiento humano: S A N L U I S P O T O S I	
29.7 Código Postal: 7 9 9 6 0		29.8 Localidad: S A N L U I S P O T O S I	
29.9 Municipio o Alcaldía: T A A Z U N C H A L E		29.10 Entidad federativa: S A N L U I S P O T O S I	
29.11 Teléfono: 7 9 9 6 0		29.12 Fecha de certificación: 2 3 0 7 2 0 2 0	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad	
32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	
32.4 Día		32.5 Mes	
32.6 Año		32.7 Año	