



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

FOLIO
200200637280200637280200637280200637280200637280
200637280

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Jesús		Zamora	Antonio						
	Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO	11 01 1959	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí					
5. CURP	ZAAAJ590111HSPMND6		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9				
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	61	Se ignora <input type="radio"/> 9				
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos						
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9				
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	Casado(a) <input type="radio"/> 5				
10. RESIDENCIA HABITUAL			Benito Juárez		Erramaditas						
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			Erramaditas		Erramaditas						
5			Erramaditas		Erramaditas						
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Erramaditas		10.6 Nombre del asentamiento humano						
79960		10.7 Código Postal	Erramaditas Tomazunchale		10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía						
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD			11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación HABITUAL	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	12.1 Trabajaba	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9					
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	12.2							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	13.1 Número de seguridad social o afiliación							
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEDENA <input type="radio"/> 7		Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 1					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 9					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
5			15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
79960			15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			16.1 Fecha de la defunción	16.2 Hora de la defunción	16.3 Minutos	16.4	16.5	16.6			
11 09 2020	08 20	00	16.1	16.2	16.3	16.4	16.5	16.6			
Dia	Mes	Año	Horas	Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <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 type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo. paro cardíaco, astenia, etc.)			19.1 Causa de la defunción			19.2 Causa de la defunción			19.3 Causa de la defunción		
PARTE I			a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA			b) COVID			c) 3 días		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			Debido a (o como consecuencia de)			Debido a (o como consecuencia de)			10 días		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			c) Debido a (o como consecuencia de)								
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?	21.4	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	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve 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	22.4	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			Uso exclusivo del personal codificador			
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 industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)							
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (rancho o parcela)								
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)								
			Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8							
			Se ignora <input type="radio"/> 9								
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	22.7.10 Entidad federativa							
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa								
23. NOMBRE			23. NOMBRE	23. NOMBRE	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sobrino								
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	796363								
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	*Especifique								
27. NOMBRE			28. FIRMA								
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido									
29. DOMICILIO y TELÉFONO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN								
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							
79960	79960	79960	79960	79960							
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						
Tamazunchale	79960	Tamazunchale	San Luis Potosí	4031007045	11092022						
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Dia Mes Año								
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

DEL FALLECIDO

卷之三

UERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

200637280

CERTIFICANTE DEL SISTEMA

30

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO