



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200637309

200637309

200637309

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Juan Camargo		Quezada		
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
	2. FECHA DE NACIMIENTO	14071938	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	Día Mes Año		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	S.L.P.		
	5. CURP	CAQJ380714HSPMZNO	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			
	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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL:	Para personas de un año o más Años cumplidos	
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle 23		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	
	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			Avenida de Terrazas	Boulevard La Libertad	
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 <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
	O 12	O 3	O 5	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	albañil <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	O 2	O 3	O 5	O 7	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad médica privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Calle 23	15.1 Tipo de vialidad	Avenida de Terrazas	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	15.10 Entidad federativa		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	20072020	1030	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día Mes Año	Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)						
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Sospechosas COVID-19					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de)					
{	b) Infarto Agudo al miocardio Orgánico	Debido a (o como consecuencia de)				
c) Neumonía Atípica	Debido a (o como consecuencia de)					
d)						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos 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?					
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
22.3 Núm. Exterior	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)					
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	Otilia Valenzuela	Canarg. Sol.	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hija			
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	*Especifique		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	26.7 Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE	Jaimie	Valenzuela	Sol.	28. FIRMA		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
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	
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono			
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año
31.1 Acta Núm. _____						
DEL REG. CIVIL	20072020					
DEL CERTIFICANTE						
DEL INF.						
20083/SUS						

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