



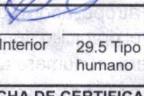
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

200637554

200637554

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	ESIAUO HERNANDEZ		
	Nombre(s)	Primer Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	19091960		3. SEXO	
Día Mes Año	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	O ₁ O ₂ O ₉	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP	HEHE600919HHERS18		Entidad federal de nacimiento	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> O ₁ O ₉ Otra <input type="checkbox"/> O ₂ → Especifique _____			
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora _____ Minutos	Para menores de un día _____ Horas	Para menores de un mes _____ Días	
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	En unión libre <input type="checkbox"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) BERNARDINO DE SAHAGUN			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de vialidad	10.6 Número de la vialidad	
5	COLONIA LAS PALMAS	MATLAPA	AV. LOS POTOSI	
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 checked="" type="checkbox"/> O ₁ Preescolar <input type="checkbox"/> O ₁₂ Primaria <input type="checkbox"/> O ₃ Secundaria <input type="checkbox"/> O ₅ Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> O ₇ Profesional <input type="checkbox"/> O ₈ Posgrado <input checked="" type="checkbox"/> O ₁₀ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉₉	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> O ₁ Incompleta <input type="checkbox"/> O ₂	12. OCUPACIÓN	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> O ₁ ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> O ₃ SEDENA <input type="checkbox"/> O ₅ Seguro Popular <input type="checkbox"/> O ₇ Otra <input type="checkbox"/> O ₈ IMSS <input type="checkbox"/> O ₂ PEMEX <input type="checkbox"/> O ₄ SEMAR <input type="checkbox"/> O ₆ IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> O ₁₀ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉₉	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica UNIDAD MONITORA DE COVID	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	S/N	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad AV. Francisco I. Madero	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	
79970	Colonia 20 de Noviembre	MATLAPA	SLP.	
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	22082020	15.11 Hora	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA MUERTE?	
Día Mes Año	Horas	Minutos	Sí <input checked="" type="checkbox"/> O ₁ No <input type="checkbox"/> O ₂ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉₉	
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) Falla Orgánica Multiple	Debido a (o como consecuencia de)	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="checkbox"/> O ₁ No <input checked="" type="checkbox"/> O ₂	
b) Síndrome De Dificultad Respiratoria Aguda	Debido a (o como consecuencia de)	19.1 Número de seguridad social o afiliación	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
c) Sospechoso a COVID-19	Debido a (o como consecuencia de)	19.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)	2 horas	
d) Diabetes Mellitus Tipo 2	Debido a (o como consecuencia de)	19.3 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)	4 días	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.4 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)	8 días	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19.5 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)	15 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
El embarazo <input type="checkbox"/> O ₁	El parto <input type="checkbox"/> O ₂	El puerperio <input type="checkbox"/> O ₃	Sí <input type="checkbox"/> O ₁ No <input type="checkbox"/> O ₂	Código CIE
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> O ₄	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> O ₅	Sí <input type="checkbox"/> O ₁ No <input type="checkbox"/> O ₂	Sí <input type="checkbox"/> O ₁ No <input type="checkbox"/> O ₂	Uso exclusivo del personal codificador
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> O ₁ Homicidio <input type="checkbox"/> O ₂ Suicidio <input type="checkbox"/> O ₃ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉	Vivienda particular <input type="checkbox"/> O ₀ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> O ₁ Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> O ₂	Área industrial <input type="checkbox"/> O ₆ Área deportiva <input type="checkbox"/> O ₃ Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> O ₄ Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> O ₅		
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/> O ₁ No <input type="checkbox"/> O ₂ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉	Área (taller, fábrica, oficina, etc.) <input type="checkbox"/> O ₆ Rancho o parcela <input type="checkbox"/> O ₇ Otro <input type="checkbox"/> O ₈		
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	Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉	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	
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE	LAURENTINO HERNANDEZ GODINEZ	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hijo	
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> O ₁ Médico legista <input type="checkbox"/> O ₂ Otro médico* <input type="checkbox"/> O ₃ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> O ₄ Autoridad civil* <input type="checkbox"/> O ₅ Otro* <input type="checkbox"/> O ₈	*Especifique			
27. NOMBRE	28. FIRMA			
BEATRIZ TERAN SECUNDINO				
29. DOMICILIO y TELÉFONO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Número de la vialidad		
Col. 20 de Noviembre	AV. FCO 1 madero	S/		
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad		
Matlapa	79970	79311092		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Núm. 01, Libro Núm. 05	32.1 Localidad			
31.1 Acta Núm. 06 B6	32.2 Municipio o Alcaldía			
32.3 Entidad federativa				
32.4 Día				
32.5 Mes				
32.6 Año				
32.7 Día				
32.8 Mes				
32.9 Año				

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