



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLI

200637582

200637582

| | | | | | | | |
|--|--|--|------------------------|--|------------------------|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Jose Anacleto | | Hipolito | | Estefana | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 11 10 1941 | | 3. SEXO | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | |
| Día Mes Año | | Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O9 | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | |
| 5. CURP | | HIEA411011HSPPSN04 | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | 7. NACIONALIDAD | |
| | | | | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O9 | | Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Se ignora <input type="checkbox"/> O9 | |
| 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 | 8.1 Acta Núm. Libro Núm. |
| | | Minutos | Horas | Días | Meses | Años cumplidos | 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): |
| Para menores de 28 días anote: | | | | | | | |
| 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): | | | | | | | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | | | | | | | |
| Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad | | | | | | | |
| 12 | | Calle | | Adolfo Lopez Mateos | | 10.2 Nombre de la vialidad | |
| 10.3 Núm. Exterior | | 10.4 Núm. Interior | | 10.5 Tipo de asentamiento humano | | 10.6 Nombre del asentamiento humano | |
| Santa María Pípila | | | | Tomezunchale | | San Luis Potosí | |
| 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="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> O7 | | Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Profesional <input type="checkbox"/> O8 | | Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> O10 | | Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> O99 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | IMSS <input type="checkbox"/> O2 PEMEX <input type="checkbox"/> O4 | | SEDENA <input type="checkbox"/> 3 SEMAR <input type="checkbox"/> O6 | | Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> O10 | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> O3 PEMEX <input type="checkbox"/> O5 | | SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> O8 | | HR 44 Zarcitipán | |
| IMSS PROSPERA <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> O4 SEDENA <input type="checkbox"/> O6 | | Unidad médica privada <input type="checkbox"/> O9 | | 14.1 Nombre de la unidad médica | | Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> O12 | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | S/N | | 15.1 Tipo de vialidad | | 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 | |
| 2acatipan | | | | Tomezunchale | | San Luis Potosí | |
| 15.7 Código Postal | | 15.8 Localidad | | 15.9 Municipio o Alcaldía | | 15.10 Entidad federativa | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | | | | | | |
| 12 4 10 81 20 20 | | 10 4 13 21 | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | |
| Día Mes Año | | Horas Minutos | | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> O9 | | Sí <input type="checkbox"/> O1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> O9 | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) | | | | | | | |
| PARTE I | | | | | | | |
| Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | | | | | | |
| a) <i>Nevomio</i> Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| b) <i>Sospechoso de covid</i> Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| c) Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| d) Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | | | | | | | |
| 9 Jues 9 Jues | | | | | | | |
| Usa exclusivo del personal codificador Código CIE | | | | | | | |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | | | | | | |
| PARTE II | | | | | | | |
| Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo | | | | | | | |
| <i>Diabetes mellitus tipo 2</i> | | | | | | | |
| <i>Hipertension arterial sistémica</i> | | | | | | | |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS | | | | | | | |
| 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | | | | | | | |
| El embarazo <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> O4 | | El parto <input type="checkbox"/> 2 | | El puerperio <input type="checkbox"/> 3 | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | |
| No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> O5 | | Si <input type="checkbox"/> O1 | | No <input type="checkbox"/> O2 | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | |
| 21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) | | | | | | | |
| 21.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | | | | | | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | | | | | | | |
| 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Accidente <input type="checkbox"/> O1 | | Homicidio <input type="checkbox"/> O2 | | Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 | | Área industrial <input type="checkbox"/> 6 | |
| Suicidio <input type="checkbox"/> O3 | | Se ignora <input type="checkbox"/> O9 | | Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> O1 | | Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 | |
| 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) | | | | | |
| 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | 22.6 Desecriba 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 | |
| 22.7.7 Código Postal | | 22.7.8 Localidad | | 22.7.9 Municipio o Alcaldía | | 22.7.10 Entidad federativa | |
| 23. NOMBRE | | | | | | | |
| Eli | | sco | | Hipolito | | Rivera | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | |
| 25. CERTIFICADA POR | | | | | | | |
| Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 | | Médico legista <input type="checkbox"/> 2 | | Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3 | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | |
| Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> O4 | | Autoridad civil* <input type="checkbox"/> O5 | | Otro* <input type="checkbox"/> O8 | | Número de la cédula profesional | |
| *Especifique | | | | | | | |
| 27. NOMBRE | | | | | | | |
| Adolfo | | barrios | | Pérez | | 28. FIRMA | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | | <i>Adolfo Pérez</i> | |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO | | | | | | | |
| Calle | | Sa Martín km 3 | | S/N | | 29.5 Tipo de asentamiento humano | |
| 29.1 Tipo de vialidad | | 29.2 Nombre de la vialidad | | 29.3 Núm. Exterior | | 29.4 Núm. Interior | |
| colonia | | | | 2acatipan | | colonia | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | | 29.7 Código Postal | | 29.8 Localidad | | 29.9 Núm. Teléfono | |
| Tomezunchale | | San Luis Potosí | | | | | |
| 29.9 Municipio o Alcaldía | | 29.10 Entidad federativa | | 29.11 Teléfono | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | |
| 29.11 Acta Núm. | | | | | | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO | | | | | | | |
| Núm. _____, Libro Núm. _____ | | | | | | | |
| 31.1 Acta Núm. | | | | | | | |
| 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | | | | | | |
| 32.1 Localidad | | | | | | | |
| 32.2 Municipio o Alcaldía | | | | | | | |
| 32.3 Entidad federativa | | | | | | | |
| 32.4 Día Mes Año | | | | | | | |