



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Medio 2017.1

FOLIO

200637585

|   |  |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br>Nombre(s)   |  | Abundio Hernandez   |  | Segundo Apellido  |  | Vicente  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>Día Mes Año   |  | 9 10 1972   |  | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)  |
| 5. CURP<br>LILJU1720711HSPRCB08   |  | Se ignora 099   |  | 6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9  |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora<br>Minutos   |  | Para menores de un día<br>Horas   |  | Para menores de un mes<br>Días  |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5<br>En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)   |  | Av. Lázaro Cárdenas Sin número  |  | 10.1 Tipo de vialidad   |  | 10.2 Nombre de la vialidad   |
| 10.3 Núm. Exterior<br>79960   |  | 10.4 Núm. Interior<br>el final  |  | 10.5 Tipo de asentamiento humano<br>10.6 Localidad<br>Tlajizun, hdu   |  | 10.8 Nombre del asentamiento humano<br>10.9 Municipio o Alcaldía<br>San Luis Potosí  |
| 10.7 Código Postal<br>78100   |  |   |  |   |  | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)  |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5<br>Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99  |  | 11.1 La escolaridad seleccionada es:<br>Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2   |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9   |  | Se ignora <input type="radio"/> 99   |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10  |  | 13.1 Número de seguridad social o afiliación<br>Se ignora <input type="radio"/> 99  |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9  |  | Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12<br>Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6   |  | 14.1 Nombre de la unidad médica<br>Hospital Rural 44 Tlajizun, hdu  |  | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)   |  |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Calle <input type="radio"/> 1 San Martín <input type="radio"/> 3  |  | 15.1 Tipo de vialidad   |  | 15.2 Nombre de la vialidad  |  |  |
| 15.3 Núm. Exterior<br>Zacatopor   |  | 15.4 Núm. Interior<br>15.5 Tipo de asentamiento humano<br>15.6 Localidad<br>Tlajizun, hdu   |  | 15.7 Municipio o Alcaldía<br>San Luis Potosí  |  | 15.8 Nombre del asentamiento humano<br>15.9 Municipio o Alcaldía<br>San Luis Potosí  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>29 08 2022 10:15  |  | 17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9              |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente   |  | Sospechoso de covid 19  |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE   |  |  |
| a) Causas antecedentes<br>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica   |  | Debido a (o como consecuencia de)   |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9   |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br>3 días  |
| b)  |  | Debido a (o como consecuencia de)   |  | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | Uso exclusivo del personal codificador<br>Código CIE   |
| c)  |  | Debido a (o como consecuencia de)   |  |   |  |  |
| d)  |  |   |  |   |  |  |
| PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo  |  | Estado de hipertensión arterial<br>Arteria Mallafré 2   |  | 21.4 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | 3 días<br>78 mts   |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3<br>43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |  | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | Uso exclusivo del personal codificador<br>Código CIE   |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto accidente<br>Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9   |  | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9   |  | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área industrial <input type="radio"/> 6<br>Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7<br>Otro <input type="radio"/> 8 |  | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)<br>3 días  |
| 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<br>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<br>Nombre(s)   |  | Manuel  |  | Martínez  |  | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br>Esposa   |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Medico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3<br>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8  |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>4137373   |  | 27. NOMBRE<br>Nombre(s)   |  | 28. FIRMA  |
| 27. NOMBRE<br>Nombre(s)   |  | Manuel  |  | Martínez  |  |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>Calle <input type="radio"/> 1 San Martín <input type="radio"/> 3  |  | 29.1 Tipo de vialidad<br>Rm 03  |  | 29.2 Nombre de la vialidad  |  | 29.4 Núm. Interior   |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano<br>Tlajizun, hdu  |  | 29.7 Código Postal<br>78100   |  | 29.8 Localidad  |  | 29.5 Tipo de asentamiento humano   |
| 29.9 Municipio o Alcaldía<br>San Luis Potosí  |  | 29.10 Entidad federativa<br>San Luis Potosí   |  | 29.11 Teléfono  |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>24 08 2020   |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Número _____, Libro Número _____   |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad   |  | 32.2 Municipio o Alcaldía   |  | 32.3 Entidad federativa  |
| 31.1 Acta Número _____  |  |   |  |   |  |  |

11-01-2020  
Folio: 200637585



200637585

DE LA DEFUNCIÓN  
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

DEL CERTIFICANTE  
DEL REG. CIVIL