



# **SECRETARÍA DE SALUD**

## **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017.

FOLIO

200637604

4204  
20063760420063760420063760420063760420063760420063760

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Nombre(s) <i>Mansel</i>		Primer Apellido <i>Navarro</i>	Segundo Apellido
	2. FECHA DE NACIMIENTO 16/09/1925 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>Santos potosi</i>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <i>NAXM250916HSPVXN06</i>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 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 _____ Minutos Para menores de un día _____ Horas Para menores de un mes _____ Días Para menores de un año _____ Meses Para personas de un año o más _____ Años cumplidos					
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 Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>58 Barrio</i>	10.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>	10.2 Nombre de la vialidad <i>Barrio</i>	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <i>10.3 10.4</i>	10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Coxcotlán</i>	
				10.6 Nombre del asentamiento humano <i>Tlalnepantla</i>	
10.7 Código Postal <i>10700</i>	10.8 Localidad <i>Coxcotlán</i>	10.9 Municipio o Alcaldía <i>Coxcotlán</i>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>San Luis Potosí</i>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <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 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación <i>Hospital Rural 16 Axtla</i>				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica <i>Axtla de Tlaxco</i>	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>136</i>	15.1 Tipo de vialidad <i>Carretera</i>	15.2 Nombre de la vialidad <i>Santa María</i>	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <i>15.3 15.4</i>	15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Axtla de Tlaxco</i>	
				15.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>	
15.7 Código Postal <i>10820</i>	15.8 Localidad <i>Axtla de Tlaxco</i>	15.9 Municipio o Alcaldía <i>Axtla de Tlaxco</i>	15.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>09/12/2021 10:52:00</i>	Dia Mes Año	Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" 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 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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) <i>Causa sospechosa covid-19</i> Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>9 días</i>			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de)				
	c) Debido a (o como consecuencia de)				
	d) 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					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
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="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 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	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <i>Amiga</i>	
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 <i>22.7.3 22.7.4</i>	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
22.7.7 Código Postal <i>10820</i>	22.7.8 Localidad <i>Golfo</i>	22.7.9 Municipio o Alcaldía <i>Golfo</i>	22.7.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>		
23. NOMBRE <i>Juan</i>	Primer Apellido <i>Hernández</i>	Segundo Apellido <i>Hernández</i>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hijo</i>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 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 *Especifique Número de la cédula profesional <i>4422710</i>				
27. NOMBRE Nombre(s) <i>Vania Brava</i>	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA <i>Vania Brava</i>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO <i>Ivamanto al cobach</i>	29.1 Tipo de vialidad <i>Ruta</i>	29.2 Nombre de la vialidad <i>Colonia</i>	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior <i>29.3 29.4</i>	29.5 Tipo de asentamiento humano <i>Colonia</i>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <i>Santa María II</i>	29.7 Código Postal <i>10820</i>	29.8 Localidad <i>Golfo</i>	29.11 Teléfono <i>4422710</i>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>09/12/2021</i>	
29.9 Municipio o Alcaldía <i>Golfo</i>	29.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	29.11 Teléfono <i>4422710</i>	Dia Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <i>Colonia</i>	32.2 Municipio o Alcaldía <i>Golfo</i>	32.3 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	32.4 Dia Mes Año	
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía <i>Golfo</i>	32.3 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	32.4 Dia Mes Año		
DEL FALLECIDO	DEL CERTIFICANTE	DEL REG. CIVIL			

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD**