



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200637688
Modelo 2017.1

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



200637688

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Aniano Nombre(s) t. Martinez Primer Apellido Hernandez Segundo Apellido	2. FECHA DE NACIMIENTO 25/12/1933 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosi Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP MAHA331225HSPRRN06 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 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 un año: Meses Para personas de un año o más: 86 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 3 5 Colonia Jacarandas 10.3 Núm. Exterior: 799130 10.4 Núm. Interior: Axtla de Terrazas 10.5 Tipo de asentamiento humano: Axtla de Terrazas 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis 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="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <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 Campesino 12.1 Trabajaba: Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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	
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 IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: H.R. No. 16 Axtla de Terrazas 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES): 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 136 15.1 Tipo de vialidad: Colonia 15.2 Nombre de la vialidad: Santa Maria II 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Axtla de Terrazas 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosi 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 24/08/2020 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Caso confirmado SAR COV-2 Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Diabetes Mellitus 2 1 año			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 horas 4 días 1 año	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 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? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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? Si <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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote 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 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7 Añote 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:	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. NOMBRE Clemente Martinez Hernandez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo				
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6736895 Número de la cédula profesional 27. NOMBRE Edith Delgadillo Agilar Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA			29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle 136 29.1 Tipo de vialidad: Colonia 29.2 Nombre de la vialidad: Santa Maria II 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Axtla de Terrazas 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosi 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono:	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 24/08/2020 Día Mes Año			31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 176 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Hidalgo y 5 de mayo altos SLU 32.2 Municipio o Alcaldía: Axtla de Terrazas, S. L. P. 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año: 26/08/2020	
DEL REG. CIVIL	33. ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD				