



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.

FOLIO

200637704

200637704

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Nombre(s) <i>Aldegundo Martínez Hernández</i>		Primer Apellido	Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO	Día <i>30</i> Mes <i>01</i> Año <i>1939</i>	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	<i>San Luis Potosí</i>
				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP	<i>MAHAB390130HSPRL02</i>		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	
			<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	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 <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	
					<i>81</i> Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad		
	<i>105 localidad Tamazunchale</i>		<i>Tamazunchale</i>	<i>Venustiano Carranza</i>		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
<i>179960</i>	<i>Tamazunchale</i>	<i>Tamazunchale</i>	<i>Santos Palos</i>			
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
	<i>Axtla de Teyizas</i>	<i>Axtla de Teyizas</i>	<i>San Luis Potosí</i>			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación				
	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	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad				
<i>136 Colonia Santa María</i>	<i>Calle 30</i>	<i>Axtla de Teyizas</i>				
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano			
<i>179930</i>	<i>Axtla de Teyizas</i>	<i>Axtla de Teyizas</i>	<i>Santos Palos</i>			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
	<i>Axtla de Teyizas</i>	<i>Axtla de Teyizas</i>	<i>San Luis Potosí</i>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día <i>13</i> Mes <i>01</i> Año <i>2021</i>	Horas <i>05</i> Minutos <i>10</i>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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.)	19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
	a)	Debido a (o como consecuencia de)				
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	<i>Caso sospechoso SARS-COV2</i>					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)		
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)	Otro <input type="radio"/> 8		
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9		
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	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
<i>22.7.7 Código Postal</i>	<i>22.7.8 Localidad</i>	<i>22.7.9 Municipio o Alcaldía</i>	<i>22.7.10 Entidad federativa</i>			
23. NOMBRE	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s) <i>Gloria Martínez Aldeguer</i>	Primer Apellido	Segundo Apellido				
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3	Número de la cédula profesional <i>10773167</i>					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique					
27. NOMBRE	28. FIRMA					
Nombre(s) <i>Manuel Alejandro Cruz Ruiz</i>	Primer Apellido	Segundo Apellido				
29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	
<i>29.6 Nombre del asentamiento humano</i>	<i>29.7 Código Postal</i>	<i>29.8 Localidad</i>	<i>29.9 Municipio o Alcaldía</i>	<i>29.10 Entidad federativa</i>	<i>29.11 Teléfono</i>	
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía					
32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año			
32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año				
32.7	32.8	32.9	32.10	32.11	32.12	
32.11	32.12	32.13	32.14	32.15	32.16	
32.15	32.16	32.17	32.18	32.19	32.20	
32.19	32.20	32.21	32.22	32.23	32.24	
32.23	32.24	32.25	32.26	32.27	32.28	
32.27	32.28	32.29	32.30	32.31	32.32	
32.31	32.32	32.33	32.34	32.35	32.36	
32.35	32.36	32.37	32.38	32.39	32.40	
32.39	32.40	32.41	32.42	32.43	32.44	
32.43	32.44	32.45	32.46	32.47	32.48	
32.47	32.48	32.49	32.50	32.51	32.52	
32.51	32.52	32.53	32.54	32.55	32.56	
32.55	32.56	32.57	32.58	32.59	32.60	
32.59	32.60	32.61	32.62	32.63	32.64	
32.63	32.64	32.65	32.66	32.67	32.68	
32.67	32.68	32.69	32.70	32.71	32.72	
32.71	32.72	32.73	32.74	32.75	32.76	
32.75	32.76	32.77	32.78	32.79	32.80	
32.79	32.80	32.81	32.82	32.83	32.84	
32.83	32.84	32.85	32.86	32.87	32.88	
32.87	32.88	32.89	32.90	32.91	32.92	
32.91	32.92	32.93	32.94	32.95	32.96	
32.95	32.96	32.97	32.98	32.99	32.100	
32.99	32.100	32.101	32.102	32.103	32.104	
32.103	32.104	32.105	32.106	32.107	32.108	
32.107	32.108	32.109	32.110	32.111	32.112	
32.111	32.112	32.113	32.114	32.115	32.116	
32.115	32.116	32.117	32.118	32.119	32.120	
32.119	32.120	32.121	32.122	32.123	32.124	
32.123	32.124	32.125	32.126	32.127	32.128	
32.127	32.128	32.129	32.130	32.131	32.132	
32.131	32.132	32.133	32.134	32.135	32.136	
32.135	32.136	32.137	32.138	32.139	32.140	
32.139	32.140	32.141	32.142	32.143	32.144	
32.143	32.144	32.145	32.146	32.147	32.148	
32.147	32.148	32.149	32.150	32.151	32.152	
32.151	32.152	32.153	32.154	32.155	32.156	
32.155	32.156	32.157	32.158	32.159	32.160	
32.159	32.160	32.161	32.162	32.163	32.164	
32.163	32.164	32.165	32.166	32.167	32.168	
32.167	32.168	32.169	32.170	32.171	32.172	
32.171	32.172	32.173	32.174	32.175	32.176	
32.175	32.176	32.177	32.178	32.179	32.180	
32.179	32.180	32.181	32.182	32.183	32.184	
32.183	32.184	32.185	32.186	32.187	32.188	
32.187	32.188	32.189	32.190	32.191	32.192	
32.191	32.192	32.193	32.194	32.195	32.196	
32.195	32.196	32.197	32.198	32.199	32.200	
32.199	32.200	32.201	32.202	32.203	32.204	
32.203	32.204	32.205	32.206	32.207	32.208	
32.207	32.208	32.209	32.210	32.211	32.212	
32.211	32.212	32.213	32.214	32.215	32.216	
32.215	32.216	32.217	32.218	32.219	32.220	
32.219	32.220	32.221	32.222	32.223	32.224	
32.223	32.224	32.225	32.226	32.227	32.228	
32.227	32.228	32.229	32.230	32.231	32.232	
32.231	32.232	32.233	32.234	32.235	32.236	
32.235	32.236	32.237	32.238	32.239	32.240	
32.239	32.240	32.241	32.242	32.243	32.244	
32.243	32.244	32.245	32.246	32.247	32.248	
32.247	32.248	32.249	32.250	32.251	32.252	
32.251	32.252	32.253	32.254	32.255	32.256	
32.255	32.256	32.257	32.258	32.259	32.260	
32.259	32.260	32.261	32.262	32.263	32.264	
32.263	32.264	32.265	32.266	32.267	32.268	
32.267	32.268	32.269	32.270	32.271	32.272	
32.271	32.272	32.273	32.274	32.275	32.276	
32.275	32.276	32.277	32.278	32.279	32.280	
32.279	32.280	32.281	32.282	32.283	32.284	
32.283	32.284	32.285	32.286	32.287	32.288	
32.287	32.288	32.289	32.290	32.291	32.292	
32.291	32.292	32.293	32.294	32.295	32.296	
32.295	32.296	32.297	32.298	32.299	32.300	
32.299	32.300	32.301	32.302	32.303	32.304	
32.303	32.304	32.305	32.306	32.307	32.308	
32.307	32.308	32.309	32.310	32.311	32.312	
32.311	32.312	32.313	32.314	32.315	32.316	
32.315	32.316	32.317	32.318	32.319	32.320	
32.319	32.320	32.321	32.322	32.323	32.324	
32.323	32.324	32.325	32.326	32.327	32.328	
32.327	32.328	32.329	32.330	32.331	32.332	
32.331	32.332	32.333	32.334	32.335	32.336	
32.335	32.336	32.337	32.338	32.339	32.340	
32.339	32.340	32.341	32.342	32.343	32.344	
32.343	32.344	32.345	32.346	32.347	32.348	
32.347	32.348	32.349	32.350	32.351	32.352	
32.351	32.352	32.353	32.354	32.355	32.356	
32.355	32.356	32.357	32.358	32.359	32.360	
32.359	32.360	32.361	32.362	32.363	32.364	
32.363	32.364	32.365	32.366	32.367	32.368	
32.367	32.368	32.369	32.370	32.371	32.372	
32.371	32.372	32.373	32.374	32.375	32.376	
32.375	32.376	32.377	32.378	32.379	32.380	
32.379	32.380	32.381	32.382	32.383	32.384	
32.383	32.384	32.385	32.386	32.387	32.388	
32.387	32.388	32.389	32.390	32.391	32.392	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD