*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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

210829778

Recibí original J. [firma]

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO 210829778

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
CRISANTA (Nombre(s)) MARTINEZ (Primer Apellido) SANCHEZ (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 11 Mes Año 1970

3. SEXO Hombre ○1 Mujer ○2 (X) Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

5. CURP MASC701124MSPRNR02 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD Mexicana ○1 Otra ○2 (X) → Especifique Se ignora ○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 50 | Se ignora ○9

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 En unión libre ○4 Separado(a) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9 (X)

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE | 10.2 Nombre de la vialidad: 5 DE MAYO
10.3 Núm. Exterior: 26 | 10.4 Núm. Interior | 10.5 Tipo de asentamiento humano: CAMPAMENTO | 10.6 Nombre del asentamiento humano: EL RANCHITO
10.7 Código Postal: 79960 | 10.8 Localidad: EL RANCHITO | 10.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 (X) Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL AMA DE CASA Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ○1 No ○2 (X) Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○1 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS PROSPERA ○10 Otra ○8 (X) Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○1 IMSS PROSPERA ○2 (X) IMSS ○3 ISSSTE ○4 PEMEX ○5 SEDENA ○6 SEMAR ○7 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Hogar ○11 Otro lugar ○12 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL COMUNITARIO TAMAZUNCHALE
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA001703

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CARRETERA | 15.2 Nombre de la vialidad: TAMAZUNCHALE-SAN MARTIN
15.3 Núm. Exterior: KM 5.5 | 15.4 Núm. Interior | 15.5 Tipo de asentamiento humano: EJIDO | 15.6 Nombre del asentamiento humano: LA PITAHAYA
15.7 Código Postal | 15.8 Localidad: TAMAZUNCHALE | 15.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE | 15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 11 Mes 01 Año 2021 Horas 10 Minutos 30

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ○2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

	Causa	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE (Uso exclusivo del personal codificador)
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente — a)	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	4HORAS	
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)	CASO SOSPECHOSO COVID-19	3 DIAS	
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 morboso que la produjo	ARTRITIS REUMATOIDE	2AÑOS	

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE (Uso exclusivo del personal codificador)

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE X
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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 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
22.7.7 Código Postal | 22.7.8 Localidad | 22.7.9 Municipio o Alcaldía | 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE J. SANTOS (Nombre(s)) HERNANDEZ (Primer Apellido) MENDEZ (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) ESPOSO

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 (X) *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 6931520

27. NOMBRE ELVIRA SARAHI (Nombre(s)) HERNANDEZ (Primer Apellido) LARA (Segundo Apellido)

28. FIRMA [firma]

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA | 29.2 Nombre de la vialidad: TAMAZUNCHALE-SAN MARTIN | 29.3 Núm. Exterior: KM 6.5 | 29.4 Núm. Interior | 29.5 Tipo de asentamiento humano: EJIDO
29.6 Nombre del asentamiento humano: LA PITAHAYA | 29.7 Código Postal: 79960 | 29.8 Localidad: TAMAZUNCHALE
29.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE | 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI | 29.11 Teléfono: 4833621100

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 11 Mes 01 Año 2021

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA 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

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

11-016-19 8-NOV-2019 A.L.C. 2:00 HRS