



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210829808

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Juan Jose			Ortiz	Sanchez		
	Nombre(s)			Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	01	02	1952	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
Día	Mes	Año	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Cojali, Tamaulipas, San Luis Potosí			
5. CURP				6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
OISJ520201HSRNN02				Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>
				Otra <input type="radio"/>	2 →	Especifique	Otra <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	068	Se ignora <input type="radio"/>
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL
Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10. RESIDENCIA HABITUAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	carretera
						10.1 Tipo de vialidad	San Martin Km 10.
						10.2 Nombre de la vialidad	
S/N							
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
79960			providencia		San Luis Potosí		
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				12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input checked="" type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Granadero		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input checked="" type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				13.1 Número de seguridad social o afiliación			
Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input checked="" type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	C-02420800		
IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		
IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior		
S/N	carretera		San Martin Km 3		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	
79960	zacatipan		tamaulipas		zacadipan	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal
15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		
15.10 Entidad federativa	15.11		15.12		24	11	2020
	15.13	15.14	15.15	15.16	05	00	Horas
							Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?							
Sí <input checked="" type="radio"/>				No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Sí <input type="radio"/>				No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) <u>Neomonia por SARS-COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de)							
b) <u>Síndrome Dificultad Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de)							
c) _____ Debido a (o como consecuencia de)							
d) _____ Debido a (o como consecuencia de)							
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>23 días</u>							
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
{ <u>Tromboembolia pulmonar crónica</u> <u>10 días</u> <u>15 años</u> <u>H.R. NO. ZACATIPAN S.I.</u>							
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
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"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
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"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial (taller, fábrica u oficina)		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
Homicidio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/>	(rancho o parcela) <input type="radio"/>	Granja <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	
Suicidio <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			
Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área comercial o de servicio <input type="radio"/>				
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							