



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1

FOLIO

210830326

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Micaela Rojas Hernández		Primer Apellido	Segundo Apellido
Nombre(s)					
2. FECHA DE NACIMIENTO 28 09 1954 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de México	
				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP ROHM540928MMCRJC01		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 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 _____ Años cumplidos		Para menores de un año _____ Meses	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
120 A		Privada		De los Hacienda	
10.3 Núm. Exterior 78394		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
Soledad de Graciano Sánchez				San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 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 Hogar	
				12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 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			
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 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Unidad médica pública <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Soledad		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		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 1112		15.1 Tipo de vialidad Colonia		15.2 Nombre de la vialidad Genovevo Rivas Cuillén	
15.3 Núm. Exterior 78394		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
Soledad de Graciano Sánchez				San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10 4 11 12 0 20 0 16 57		Día 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"/> 99	
				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) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 día	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)		1 día	
{		c) Probable COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)		1 día	
d)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo					
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	
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? 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 <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <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 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 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					
23. NOMBRE Monica Janeth Peláez Sosa		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre(s)					
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Neto					
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 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 32722274		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Lucia Susana Orduna Torres		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre(s)					
28. FIRMA Galicia					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Avenida Valentin Amador		29.1 Tipo de vialidad		29.3 Núm. Exterior 1112	
29.6 Nombre del asentamiento humano Genovevo Rivas Cuillén 78394		29.2 Nombre de la vialidad		29.4 Núm. Interior Colonia	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIA O JUZGADO Oficialia		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	