



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

Modelo 2017 1

FOLIO

210830417

210830417 210830417 210830417 210830417 210830417

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Epifanio Vázquez		Primer Apellido	Tovar	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		Dia 07 Mes 02 Año 1936	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	
5. CURP		VIALE360407HSPZVP06	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Otra <input type="radio"/> O <sub>2</sub> → Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	
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 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10.2 Nombre de la vialidad	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Profesional <input type="radio"/> O <sub>8</sub> Preparatoria <input type="radio"/> O <sub>12</sub>	Prescolar <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Primaria <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Secundaria <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Posgrado <input type="radio"/> O <sub>10</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	12. OCCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> O <sub>2</sub> PEMEX <input type="radio"/> O <sub>4</sub> SEMAR <input type="radio"/> O <sub>6</sub> ISSSTE <input type="radio"/> O <sub>3</sub> SEDENA <input type="radio"/> O <sub>5</sub> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O <sub>10</sub> Seguro Popular <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Otra <input type="radio"/> O <sub>8</sub>	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> O <sub>3</sub> PEMEX <input type="radio"/> O <sub>5</sub> SEMAR <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Unidad médica privada <input type="radio"/> O <sub>9</sub> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O <sub>2</sub> ISSSTE <input type="radio"/> O <sub>4</sub> SEDENA <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Otra unidad pública <input type="radio"/> O <sub>8</sub>	Hospital General de Soledad	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> O <sub>10</sub> Otro lugar <input type="radio"/> O <sub>12</sub>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Núm. Exterior 15.2 Núm. Interior 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano	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		10.511 2020 02 17	10.11 Dia 10.12 Mes 10.13 Año 10.14 Horas 10.15 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input checked="" type="radio"/> O <sub>2</sub>
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 dificultad respiratoria Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía por SARS-CoV2 Debido a (o como consecuencia de)	c) Debido a (o como consecuencia de)	d)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> O <sub>1</sub> El parto <input type="radio"/> O <sub>2</sub> El puerperio <input type="radio"/> O <sub>3</sub> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> O <sub>4</sub> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> O <sub>5</sub>		Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>		Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub>	Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Homicidio <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Suicidio <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> O <sub>0</sub> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O <sub>2</sub>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Área deportiva (rancho o parcela) <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Área comercial de servicio <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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		22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	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		Lesenza Marlen Hernández Vázquez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Nieta		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Médico legista <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Otro médico * <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Autoridad civil* <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Otro* <input type="radio"/> O <sub>8</sub>	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	7288209		
27. NOMBRE		Juana Ruiz	Ba. Nina	28. FIRMA	J. L. Totoris		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Protección Civil Valentina Amador 1112 Gobernador Arizas Guillen 78436 Col. de Vicente Sánchez San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad	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	29.10 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
EG L		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	29.11 Teléfono	051112020 Dia Mes Año		

 ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210830417