



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210831078

210831078

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Martha Elena Torres Torres							
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
	2. FECHA DE NACIMIENTO	30011963	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			
	Día	Mes	Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
	5. CURP	TOTM630130MSPR2R00			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
					7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
	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			
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos			
	Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):			
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:								
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad	Benito Juárez				
	Calle Colonia				10.2 Nombre de la vialidad				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano			Güerita de Saltillo				
145	78110	10.7 Código Postal			San Luis Potosí				
10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8				
	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:				
	IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2				
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	Hospital General de Soledad				
	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano					
	1112	78344	Colonia	Soledad de Graciano Sánchez					
	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
	13	11	2020	07	04	Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <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.)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal certificador	
PARTE I	a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda						14 días	Código CIE	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Debido a (o como consecuencia de)						14 días		
Causas antecedentes	b) Neumonía						14 días		
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de)						14 días		
d)	c) COVID 19						14 días		
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?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
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							
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?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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				
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía			22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE	Francisco Javier Zapata Torres			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					Hijo		
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5			Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4						3272274	Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	Lucía Susana Ordóñez Torres						28. FIRMA	Chacua	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Avenida Valentín Amador			1112	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad							
Güerito Rivas Guillén	78344								
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad							
Soledad de Graciano Sánchez	4448210100	29.11 Teléfono							
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa								
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
Num.	Libro Núm.	32.1 Localidad			Día	13	Mes	11	
					Año	2020			