



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210831200

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Rosa	Nombre(s)	Ornelas	Primer Apellido	Borges	Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO	02 011 1944	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
5. CURP	0E8R440102MSPRRS05	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			
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	076			
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	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad					
11.12	Colonia		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano				
10.7 Código Postal	Soledad Graciano S		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
10.11	Soledad Graciano S		10.12	10.13	10.14				
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación habitual			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6	Segundo Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	13.1 Número de seguridad social o afiliación	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General Soledad.	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior 15.7 Código Postal	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.1 Tipo de vialidad				
1112	78436	—	Colonia	Vallecas Azul	Colonia Rivas Griñan				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Dia 14	16.2 Mes 11	16.3 Año 2020	16.4 Horas 09	16.5 Minutos 52	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	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 PARTES I)	19.1 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					19.2 Modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
19.4 Causa I	a) Enfermedad Vascular Cerebral Isquémico Debido a (o como consecuencia de)					14 días			
19.5 Causa II	b) Aritmia Cardiaca Debido a (o como consecuencia de)					14 días			
19.6 Causa III	c) Neumonía por Pb COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)					14 días			
19.7 Causa IV	d) Diabetes Mellitus Tipo 2 Hipertensión Arterial					años			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	20.1 Causa básica de defunción					años			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.4 Uso exclusivo del personal codificador			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 ¿Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	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 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9					
23. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23.1 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	23.2.1 Tipo de vialidad	23.2.2 Nombre de la vialidad						
24. DEL INF	24.1 Número de la cédula profesional	24.2.1 Firma							
25. DEL CERTIFICANTE	25.1 Certificado por	25.2.1 Firma							
26. DEL CERTIFICANTE	26.1 Si el certificante es médico	26.2.1 Firma							
27. NOMBRE	27.1 Nombre	27.2.1 Firma							
28. DOMICILIO Y TELÉFONO	28.1 Domicilio y teléfono	28.2.1 Firma							
29. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	29.1 Lugar y fecha de registro	29.2.1 Firma							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	30.1 Fecha de certificación	30.2.1 Firma							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE LA CATASTRO	31.2 Lugar y fecha de registro	31.3.1 Firma							