



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210831661

210831661 210831661 210831661 210831661 210831661 210831661

210831661 210831661 210831661 210831661 210831661 210831661

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan		Camacho		González	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		08 02 1942		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí	
5. CURP		CAGJ A2020 HSP MN NO		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos		Para menores de un día <input type="radio"/> Horas		Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	
						Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	
						Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		10.2 Nombre de la vialidad	
En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4						Comité de los 13.	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Prolongación		Coyotillos.	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
78450		Ahualulco		Ahualulco		S.C.P.	
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		Ninguna <input type="radio"/> 1 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:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
				Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		Herrero	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 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		12.1 Trabajaba		10.1 Nombre de la vialidad	
				Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Coyotillos.	
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 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
				Hospital General Soledad			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		1112 Colonia		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano	
		78436 Soledad Graciano S		Soledad Graciano S		S.C.P.	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		28 11 2020 00 00 50		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador	
		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa Debido a (o como consecuencia de)				Código CIE	
		b) Neumonía sospechoso COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)					
		c) Debido a (o como consecuencia de)					
		d) Debido a (o como consecuencia de)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo 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?	
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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		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(fa) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <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 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		22.7.1 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		Francisca Fabiola González Mendoza		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Subrina	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
				Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otra* <input type="radio"/> 8		3207093 Número de la cédula profesional*	
27. NOMBRE		Enken Alice Domínguez		28. FIRMA		Sweeney & Colodra.	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Prolongación Valentin Amador 1112		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
		Cerroveros Rivas Cuiller 784136				29.4 Núm. Interior	
		Soledad Graciano S		29.7 Código Postal		29.5 Tipo de asentamiento humano	
		29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		28 11 2020		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE HIGIENE		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210831661