



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Medela 2017-1

FOLIO

210831662

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)				Irma Colonia Contreras				Rojas										
	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido														
2. FECHA DE NACIMIENTO	22	10	1977	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>9</sub>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)								
5. CURP	CIRI771222MSPNJR00				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>9</sub>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	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	O <sub>1</sub> 4 <sub>2</sub>	Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>9</sub>	Años cumplidos						
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	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5	Otra <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9					
						En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL				10.1 Tipo de vialidad					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				Avenida Fraccionamiento				De Las Cruces				10.2 Nombre de la vialidad							
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano				10.6 Nombre del asentamiento humano				10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)									
718438		Soledad Graciano S				S. L. P.													
10.7 Código Postal				10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía				11. ESCOLARIDAD				11.1 La escolaridad seleccionada es:						
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2					Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1	12. Ocupación Habitual	Se ignora <input type="radio"/> 99							
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99							12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99							
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	13.1 Número de seguridad social o afiliación										
				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											
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				Hospital General Soledad				14.1 Nombre de la unidad médica				Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12						
				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 pública <input type="radio"/> 8	privada <input type="radio"/> 9					Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				Protagonion Colonia				15.2 Nombre de la vialidad				15.6 Nombre del asentamiento humano							
1112		Soledad Graciano S				Valentín Arellano				S. L. P.									
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano				15.8 Localidad				15.9 Municipio o Alcaldía									
718436														15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN				28	11	2020	11	10	15.1 Tipo de vialidad	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
Dia	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99						
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa				19.1 Nombre del personal codificador				19.2 Causa básica de defunción							
				Debido a (o como consecuencia de)												Código CIE			
				b) Fiebre en eritema				19.3 Causa de defunción											
				Debido a (o como consecuencia de)															
				c) Deshidratación severa				19.4 Causa de defunción											
				Debido a (o como consecuencia de)															
				d) Neumonía probable COVID-19				19.5 Causa de defunción											
PARTE I																			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente																			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica																			
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				21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?				21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?				21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)							
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:				Sí <input type="radio"/> 1				No <input type="radio"/> 2				Sí <input type="radio"/> 1				No <input type="radio"/> 2			
El embarazo <input type="radio"/> 1				El parto <input type="radio"/> 2				El puerperio <input type="radio"/> 3				Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)				22.4 Número de la cédula profesional			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4				No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				Sí <input type="radio"/> 1				Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)				3207093			
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				Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)				22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99				Vivienda particular <input type="radio"/> 0				Otro <input type="radio"/> 8				22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9								Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)				Se ignora <input type="radio"/> 9							
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior				22.7.5 Tipo de asentamiento humano				Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2				Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5				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				Emma Del Carmen Contreras				Rojas				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
Nombre(s)				Primer Apellido				Segundo Apellido				Némaea							
25. CERTIFICADA POR				25.1 Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3				25.2 Autoridad civil <input type="radio"/> 4 Otro* <input type="radio"/> 8				25.3 Directivo Torno				25.4 Número de la cédula profesional			
												*Especifique							
27. NOMBRE				Enka Alicia Domínguez				Yerecán				28. FIRMA							
Nombre(s)				Primer Apellido				Segundo Apellido											
29. DOMICILIO Y TELÉFONO				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			
Protagonion Valentín Arellano				Cenovero Rivas Cuillén 718436				Soledad Graciano S				1112				22.7.11 Teléfono			
29.6 Nombre del asentamiento humano				29.7 Código Postal				29.8 Localidad				29.11 Teléfono				29.12 Día Mes Año			
Soledad Graciano S				SIP															
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															