



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210832963 210832963 210832963 210832963 210832963 210832963

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	DUNSTANO SABINO		MOLINA	Primer Apellido	PLIEGO	Segundo Apellido							
	2. FECHA DE NACIMIENTO	2 8 0 8 1 9 3 8	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	PUEBLA							
	5. CURP	M O P D 3 8 0 8 2 8 H P L L N 0 0	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9									
	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	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9						
	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	Especifique							
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		CARRETERA		TAMAZUNCHALE	ALE SAN MARTIN KM.9							
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Número de la vialidad	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	SANTA CATALINA						
	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	NO OCUPADO - JUBILADO <input type="checkbox"/> 0 5	Se ignora <input type="checkbox"/> 99						
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7	Otra <input type="checkbox"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	MOPD380828/90							
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 6 SEDENA <input type="checkbox"/> 8 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	SEMAR <input type="checkbox"/> 7	Tamazunchale	S P I S T O 0 0 0 0 0 0	13.1 Número de seguridad social o afiliación								
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	BOULEVARD SN		PUEBLO	15.2 Nombre de la vialidad	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	SAN LUIS POTOSI	15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	1 4 1 2 2 0 2 0 2 0 0 2	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA DEFUNCIÓN?	Si <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	E LA MUERTE?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2						
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica												Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I	a) NEUMONIA ATÍPICA Debido a (o como consecuencia de)												7 DIAS	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	b) SARS COV2 POSITIVO Debido a (o como consecuencia de)												7 DIAS	
	c) SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Debido a (o como consecuencia de)												10 DIAS	
PARTE II	d)													
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:		El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4	El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	Código CIE				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fué un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)								
	Homicidio <input type="checkbox"/> 2		Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Asilo, orfanato, etc. <input type="checkbox"/> 3	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 (calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 rancho o parcela)	Granja <input type="checkbox"/> 7									
	Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Otro <input type="checkbox"/> 8									
					Se ignora <input type="checkbox"/> 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												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 DEL CERTIFICANTE	PATRICIA		MOLINA	RIVERA	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	HIJO(A)		0 2						
	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO								
					Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4	Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5	Otro médico* <input checked="" type="checkbox"/> 3 Otro* <input type="checkbox"/> 8	*Especifique						
27. NOMBRE LUIS	HERNANDERZ		HERNANDEZ		27. NOMBRE	28. FIRMA								
	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido										
29. DOMICILIO y TELÉFONO	BOULEVARD TAMAZUNCHALE		BOULEVARD ISSSTE	S/N	29.4 Núm. Interior	PUEBLO	29.5 Tipo de asentamiento humano							
	29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad										
	TAMAZUNCHALE													
	TAMAZUNCHALE													
	29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa											
REG. VIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	1 4 1 2 2 0 2 0	Dia Mes Año								

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
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

210832963