



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

Modelo 2017.1  
FOLIO  
210832963  
210832963

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>DUNSTANO SABINO MOLINA</b> Nombre(s) Primer Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>2 8 0 8 1 9 3 8</b> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>PUEBLA</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP <b>M O P D 3 8 0 8 2 8 H P L L L N 0 0</b> Se ignora <input type="radio"/>				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <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: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <b>0 8 2</b> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>				9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <b>CARRETERA TAMAZUNCHALE SAN MARTIN KM 9</b> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad <b>N.E. SANTA CATALINA</b> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>7 9 9 6 0 SANTA CATALINA TAMAZUNCHALE</b> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)									
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>				12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>NO OCUPADO - JUBILADO O PENSIONADO</b> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> privada <input type="radio"/> <b>Tamazunchale</b> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>S P I S T O 0 0 0 1 4 2</b>				15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>BOULEVARD PUEBLO</b> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>7 9 9 6 0 TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI</b> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>1 4 1 2 2 0 2 0 0 2</b> Día Mes Año Horas Minutos				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>NEUMONIA ATÍPICA</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>SARS COV2 POSITIVO</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA</b> Debido a (o como consecuencia de) d) 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				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>7 DIAS</b> <b>7 DIAS</b> <b>10 DIAS</b>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>				21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				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 <b>7 9 9 6 0 TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE</b> 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa			
	23. NOMBRE <b>PATRICIA MOLINA RIVERA</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>HIJO(A)</b>					
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>10980493</b> Número de la cédula profesional					
	27. NOMBRE <b>LUIS HERNANDEZ HERNANDEZ</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				28. FIRMA					
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>BOULEVARD BOULEVARD ISSSTE S/N PUEBLO</b> 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 <b>TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad <b>7 9 9 6 0 SAN LUIS POTOSI</b> 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>1 4 1 2 2 0 2 0</b> Día Mes Año					
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad					

210832963