



SECRETARIA DE SALUD | [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

FOLIO

210833121

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)												ALEJANDRA PA SARON JUAREZ											
Nombre(s)						Primer Apellido						Segundo Apellido											
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO																	
1 1 2 0 2 1	1 9 4 1 3	Dia Mes Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	VERACRUZ			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)														
5. CURP			6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD			Se ignora <input type="radio"/> 9														
P A J A 4 3 0 2 1 2 M V Z S N L 0 7			Se ignora <input type="radio"/> 99			Mexicana <input type="radio"/> 1			Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique														
8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora			Para menores de un día			Para menores de un mes			Para menores de un año			Para personas de un año o más								
			Minutos			Horas			Días			Meses			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			10.2 Nombre de la viabilidad								
												Separado(a) <input type="radio"/> 6			Viudo(a) <input type="radio"/> 2								
												En unión libre <input type="radio"/> 1			Casado(a) <input type="radio"/> 5								
												Divorciado(a) <input type="radio"/> 3			Soltero(a) <input type="radio"/> 1								
															Se ignora <input type="radio"/> 9								
10. RESIDENCIA HABITUAL												10.7 Código Postal											
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)												10.1 Tipo de vialidad											
23 CALLE												10.2 Nombre de la viabilidad											
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior												10.5 Tipo de asentamiento humano											
7 9 9 6 10												10.6 Nombre del asentamiento humano											
10.7 Código Postal												10.8 Localidad											
10.9 Municipio o Alcaldía												10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)											
TAMAZUNCHALE												SAN LUIS POTOSI											
11. ESCOLARIDAD												11.1 La escolaridad seleccionada es:											
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					
																		Completa <input type="radio"/> 1					
																		Incompleta <input type="radio"/> 2					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD												13.1 Número de seguridad social o afiliación											
Ninguna <input type="radio"/> 1						ISSSTE <input type="radio"/> 3						SEDENA <input type="radio"/> 5						Seguro Popular <input type="radio"/> 7					
IMSS <input type="radio"/> 2						PEMEX <input type="radio"/> 4						SEMAR <input type="radio"/> 6						IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10					
PROSPERA <input type="radio"/> 2						ISSSTE <input type="radio"/> 4						SEDENA <input type="radio"/> 6						IMSS <input type="radio"/> 99					
14. SITIO DONDE SUcedió LA DEFUNCIÓN												14.1 Nombre de la unidad médica											
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1												HOSPITAL CIVIL NACIONAL TAMA ZUNCHALE											
IMSS <input type="radio"/> 2												14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)											
PROSPERA <input type="radio"/> 2												14.3 Vía pública <input type="radio"/> 10											
15. DOMICILIO DONDE SUcedió LA DEFUNCIÓN												15.1 Tipo de vialidad											
CARRETERA												15.2 Nombre de la viabilidad											
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior						15.5 Tipo de asentamiento humano																	
15.6 Nombre del asentamiento humano						15.7 Código Postal																	
LA PITAHAYA						TAMAZUNCHALE																	
15.8 Localidad						15.9 Municipio o Alcaldía																	
15.10 Entidad federativa																							
SAN LUIS POTOSI																							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN												17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?											
20 01 2021						13 11 15						SI <input type="radio"/> 1						No <input type="radio"/> 2					
Día Mes Año						Horas Minutos						Se ignora <input type="radio"/> 99											
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?																							
a) INSULINOPATIA DIABETICA												18.1 Se practicó <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2											
b) NEUMONIA PARS COV 2												18.2 Intervalo aproximado desde el inicio de la enfermedad y la muerte											
c) Diabetes Mellitus												3 hrs											
d) Hipertension Arterial Sistematica												8 dias											
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)																							
PARTE I												19.1 Causa principal											
Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente												19.2 Causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?											
a) INSULINOPATIA DIABETICA												19.3 Causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?											
b) NEUMONIA PARS COV 2												19.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)											
c) Diabetes Mellitus												19.5 Causa básica de defunción											
d) Hipertension Arterial Sistematica												19.6 Causa secundaria											
20. 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?											
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:												21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?											
El embarazo <input type="radio"/> 1												22.3 Sitio donde ocurrió la lesión											
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4												22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)											
No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5												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											
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior												22.7.5 Tipo de asentamiento humano											
22.7.7 Código Postal												22.7.8 Localidad											
22.7.9 Municipio o Alcaldía												22.7.10 Entidad federativa											
23. NOMBRE												24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)											
ANTONIO RONERO						PASARON						HIJO											
Nombre(s)						Primer Apellido						Segundo Apellido											
25. CERTIFICADA POR												26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO											
Médico tratante <input type="radio"/> 1						Médico legista <input type="radio"/> 2						Otro médico* <input type="radio"/> 3											
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4						Autoridad civil <input type="radio"/> 5						Otro <input type="radio"/> 8											
												*Especifique											
27. NOMBRE												28. FIRMA											
CARLOS MIGUEL PRIEGO						DEL ANGEL						FIRMA											
Nombre(s)						Primer Apellido						Segundo Apellido											
29. DOMICILIO Y TELÉFONO												30. FECHA DE CERTIFICACIÓN											
CARRETERA TAMA ZUNCHALE SAN MARTIN Km 6.5												30.1 Acta N.											
29.6 Nombre del asentamiento humano												30.2 Lugar y fecha de registro											
TAMA ZUNCHALE SAN LUIS POTOSI												30.3 Localidad											
29.9 Municipio o Alcaldía												30.4 Código Postal											
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO												30.5 Entidad federativa											
Número Libro Número												30.6 Teléfono											
31.1 Acta N.												30.7 Dia Mes Año											
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO												32.1 Localidad											
32.2 Municipio o Alcaldía												32.3 Entidad federativa											
32.4 Dia Mes Año																							
33.1 DEL REG. CIVIL																							

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>ª</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD