



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

Modelo 2017.1
FOLIO
210833140
210833140210833140210833140210833140

*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jose Reynaldo</u> <u>Martinez</u> <u>Reyes</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>07</u> <u>05</u> <u>1976</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <u>_____</u> 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"/> → Especifique _____ 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: <u>44</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <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) 10.1 Tipo de vialidad: <u>_____</u> 10.2 Nombre de la vialidad: <u>_____</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>799930</u> 10.4 Núm. Interior: <u>_____</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>_____</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>_____</u> 10.7 Código Postal: <u>799930</u> 10.8 Localidad: <u>Tomazunchale</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Tomazunchale</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 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		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>_____</u> Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12.1 Trabajaba: <u>_____</u> Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>_____</u>		
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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>_____</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>_____</u> Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <u>_____</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u>_____</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>799930</u> 15.4 Núm. Interior: <u>_____</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>_____</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>_____</u> 15.7 Código Postal: <u>799930</u> 15.8 Localidad: <u>Axlla de Tenozos</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Axlla de Tenozos</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>15</u> <u>01</u> <u>2021</u> <u>06</u> <u>50</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Influenza respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> b) <u>Causa desconocida SARS COV2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> c) <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> d) <u>_____</u> 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 <u>Hipertensión arterial sistémica</u> <u>Diabetes mellitus tipo 2</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>2 días</u> <u>15 días</u> Código CIE <u>_____</u> <u>_____</u> <u>_____</u> <u>_____</u>				
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>_____</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>_____</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>_____</u> 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad: <u>_____</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad: <u>_____</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>799930</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>_____</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>_____</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>_____</u> 22.7.7 Código Postal: <u>799930</u> 22.7.8 Localidad: <u>Axlla de Tenozos</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>Axlla de Tenozos</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
23. NOMBRE <u>Prudencia</u> <u>Martinez</u> <u>Reyes</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>		
25. CERTIFICADA POR 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 <u>_____</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>10773167</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <u>Manuel Alejandro</u> <u>García</u> <u>Pérez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>_____</u>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <u>_____</u> 29.2 Nombre de la vialidad: <u>_____</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>799930</u> 29.4 Núm. Interior: <u>_____</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>_____</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Axlla de Tenozos</u> 29.7 Código Postal: <u>799930</u> 29.8 Localidad: <u>Axlla de Tenozos</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>_____</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>15</u> <u>01</u> <u>2021</u> Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>_____</u> , Libro Núm. <u>_____</u> 31.1 Acta Núm. <u>_____</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>_____</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>_____</u> 32.3 Entidad federativa: <u>_____</u> 32.4 Día: <u>_____</u> Mes: <u>_____</u> Año: <u>_____</u>		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SAI UD