



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210833202
210833202 210833202 210833202 210833202 210833202 210833202

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

210833202

DEL FALLECIDO		ESTEBAN ALLENDE HERNANDEZ										
		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	ESTEBAN			ALLENDE			HERNANDEZ			
2. FECHA DE NACIMIENTO		2 8 1 1 1 9 5 5	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI				2 4	
5. CURP		A E H E 5 5 1 1 2 8 H S P L R S 0 1				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	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
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	0 6 5	Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1	Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5 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):					10. RESIDENCIA HABITUAL	PLAN DE SAN LUIS		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				CALLE	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad				
1		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	COLONIA	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	MIGUEL HIDALGO				
10.7 Código Postal		7 9 9 6 0	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía				SAN LUIS POTOSI				
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8	Primaria <input type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	NO OCUPADO - JUBILADO O PENSIONADO	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4	ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 3 SEMAR <input type="checkbox"/> 6	SEDENA <input type="checkbox"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Otra <input type="checkbox"/> 8	12.1 Trabajaba	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	10.6 Nombre del asentamiento humano			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8	Tamazunchale	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Hogar <input type="checkbox"/> 11	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Se ignora <input type="checkbox"/> 99					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		SN	BOULEVARD PUEBLO	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	Boulevard Issste Tamazunchale	15.2 Nombre de la vialidad					
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.6 Nombre del asentamiento humano						
15.7 Código Postal		7 9 9 6 0	15.1 Tipo de vialidad			SAN LUIS POTOSI	15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		2 7 0 1 2 0 2 1	1 2 2 4	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	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, astenia, etc.)		NEUMONÍA VIRAL, COVID-19				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	7 DIAS	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
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				a) Debido a (o como consecuencia de)						
						b) Debido a (o como consecuencia de)						
						c) Debido a (o como consecuencia de)						
						d) Debido a (o como consecuencia de)						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		DIABETES MELLITUS TIPO 2				20 AÑOS						
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	El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	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	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
43 días a 11 meses		después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5								
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	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)				
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1	Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4	Granja <input type="checkbox"/> 7 (rancho o parcela)	Otro <input type="checkbox"/> 8					
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Se ignora <input type="checkbox"/> 9						
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		ESTEBAN ALLENDE LOPEZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				HIJO(A) 0 2				
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido								
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1	Médico legista <input type="checkbox"/> 2	Otro médico* <input type="checkbox"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4		Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5	Otro* <input type="checkbox"/> 8	*Especifique	9720651				Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		ANDRÉS ALVAREZ ANDRADE		28. FIRMA								
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido								
29. DOMICILIO y TELÉFONO		BOULEVARD TAMAZUNCHALE		BOULEVARD ISSSTE 7 9 9 6 0		SN	PUEBLO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
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	29.6 Nombre del asentamiento humano				
29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono		29.12 Día	29.13 Mes	29.14 Año				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33.1 Localidad		33.2 Municipio o Alcaldía		33.3 Entidad federativa				
Núm. 01 Libro Núm. 05		Tamazunchale		S-L-P		Tamazunchale		33.4 Día				
31.1 Acta Núm. 77		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes				
								32.6 Año				

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD