



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

210833203
210833203 210833203 210833203 210833203 210833203 210833203

COCECOVIZ COCECOVIZ COCECOVIZ COCECOVIZ COCECOVIZ COCECOVIZ

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		SERAFIN		MORALES		HERNANDEZ	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		1 1 0 5 1 9 7 7		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
		Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		SAN LUIS POTOSI	
5. CURP		MO H S 7 7 0 5 1 1 H S P R R R 0 8		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Se ignora <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Mexicano <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 _____ Años cumplidos	
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		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		CALLE		JESUS ACOSTA MONTAÑO	
				10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
22		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		COLONIA		LOS NARANJOS	
				10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
7 9 9 6 0		10.7 Código Postal		TAMAZUNCHALE		SAN LUIS POTOSI	
				10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
						TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/>		ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
						13.1 Número de seguridad social o afiliación LOBA760227/4	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/>		Tamazunchale <input type="checkbox"/> SP ST d d 0 1 4 2		Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
				14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		BOULEVARD		Boulevard Issste		15.2 Nombre de la vialidad	
		SN		PUEBLO		Tamazunchale	
		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
7 9 9 6 0		15.7 Código Postal		TAMAZUNCHALE		SAN LUIS POTOSI	
				15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		2 8 0 1 2 0 2 1		1 4 2 7		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
		Día Mes Año		Horas Minutos		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
a) NEUMONÍA VIRAL, COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)		8 DIAS					
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							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
		El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/>		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/>		Área industrial <input type="checkbox"/> (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>	
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				Granja <input type="checkbox"/> Rancho o parcela <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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		SERAFIN		MORALES		BAUTISTA	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/>		Médico legista <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
						CLÍNICA HOSPITAL TAMAZUNCHALE Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		ALONDRA		ARENAS		ALEJO	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		CARRETERA		TAMAZUNCHALE-SAN MARTIN		KM 0.5	
		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
ZACATIPAN		7 9 9 6 0		TAMAZUNCHALE		29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
TAMAZUNCHALE		29.9 Municipio o Alcaldía		SAN LUIS POTOSI		29.10 Entidad federativa	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33.1 Localidad		34. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Núm. 01, Libro Núm. OS		TAMAZUNCHALE		TAMAZUNCHALE		2 8 0 1 2 0 2 1	
31.1 Acta Núm. 80		32.1 Localidad		TAMAZUNCHALE		Día Mes Año	
		32.2 Municipio o Alcaldía		S - L - P -		03 02 2021	
				32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	

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

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 PARTICULARSES

210833203

so

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN