

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

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

FOLIO
210833203
Modelo 2017.1

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 Día Mes Año	3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP M O H S 7 7 0 5 1 1 H S P R R R 0 8 Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora	
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: 0 4 3 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
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 COLONIA LOS NARANJOS 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 7 9 9 6 0 TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> TRABAJADORES DE LA EDUCACION 12.2 Ocupación 1 3 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"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación LOBA760227/4		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Tamazunchale 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) S P I S T O D O 1 4 2 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SN BOULEVARD Boulevard Issste 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 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 TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2 8 0 1 2 0 2 1 1 4 2 7 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a NEUMONÍA VIRAL, COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 8 DIAS Código CIE Uso exclusivo del personal codificador				
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? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 8 D10.0
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? <input type="radio"/> Si <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) 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 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) MADRE O PADRE 0 4		
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 CLINICA HOSPITAL TAMAZUNCHALE Número de la cédula profesional 14232042		
27. NOMBRE ALONDRA ARENAS ALEJO Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA 		
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 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano ZACATIPAN 7 9 9 6 0 TAMAZUNCHALE 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 2 8 0 1 2 0 2 1 Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 80		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Tamazunchale 32.2 Municipio o Alcaldía S-L-P 32.3 Entidad federativa 210833203 32.4 Día Mes Año		

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