



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

MODELO 2011-1
FOLIO
210833225

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Obispo</u> Primer Apellido <u>Hernández</u> Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>1951</u>	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>H E X 1 0 5 1 0 1 2 1 H S P R X B 0 0</u> Se ignora <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar: _____	
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>70</u> Años cumplidos	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Benito Juárez</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>150</u> 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tecantla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 10.7 Código Postal: <u>79191601</u> 10.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajo: <u>Domestico</u> 12.2 Ocupación: <u>Domestico</u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación: _____		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Benito Juárez</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>150</u> 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tecantla</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 15.7 Código Postal: <u>79191601</u> 15.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>26</u> Mes <u>01</u> Año <u>2021</u> Hora <u>14</u> Minutos <u>30</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIONES ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.-) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Síndrome de COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) _____ 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 21. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 son complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas son complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 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? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 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: _____ DEL INF. 23. NOMBRE: <u>Edardo</u> <u>Hernández</u> <u>Secundino</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): <u>Hijo</u> DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: En trámite Número de la cédula profesional: _____ 27. NOMBRE: <u>Marcos</u> <u>Hernández</u> <u>Martínez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA: <u>[Firma]</u> 29. DOMICILIO Y TELÉFONO: <u>Calle</u> <u>Sin nombre</u> <u>Tecantla</u> 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Edo</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 29.7 Código Postal: <u>79191601</u> 29.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día <u>09</u> Mes <u>02</u> Año <u>2021</u> 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: <u>Tamazunchale</u>		