



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1

210833229

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Virginia		Martinez		Tino												
	Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido														
2. FECHA DE NACIMIENTO	18 01 1961	Día	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí										
5. CURP	MATV610118MSPRNR03				Se ignora <input type="radio"/>	99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> →	Se ignora <input type="radio"/>							
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	Meses	8.1 Localidad	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/>						
Para menores de 28 días anote:	Minutos	Horas	Días	Años cumplidos														
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:																		
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				10.1 Tipo de vialidad	calle				10.2 Nombre de la vialidad	Miguel Hidalgo							
10.3 Núm. Exterior	79955	10.4 Núm. Interior	SIN	10.5 Tipo de asentamiento humano	ejido	10.6 Nombre del asentamiento humano	El Huayal				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"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:					12. OCUPACIÓN HABITUAL	ama cosa							
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99									
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación	0616-61-5879 IF610R											
IMSS <input checked="" 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														
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	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica					Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12						
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9															
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	SIN	SIN	calle	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	Miguel Hidalgo												
15.3 Núm. Exterior	79955	15.4 Núm. Interior	El Huayal	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	El Huayal				15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	25 01 2021	19 46	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2							
Día	Mes	Año																
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Estenosis aortica severa Debido a (o como consecuencia de) b) SICA por coronavirus (covid 19) Debido a (o como consecuencia de) c) Cardiopatia isquemica Debido a (o como consecuencia de) d) insuficiencia cardiaca 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 morboso que la produjo Hipertension arterial sistémica																	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE																		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?																	
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	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)											
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <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																
22.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión																	
22.1.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)														
Accidente <input type="radio"/> 1	Si <input type="radio"/> 1	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4															
Suicidio <input type="radio"/> 3	No <input type="radio"/> 2	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5															
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																	
22.7.3 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	Moses	Zuriga	Sánchez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)														
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	nieta															
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO																	
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3	4451065															
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional															
*Especifique																		
27. NOMBRE	Maria	Santacruz	Cruz	28. FIRMA														
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido																
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Carr	San Martin Km 3	SIN	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN											
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	Día	Mes	Año											
Zacatipan	79960	Zacatipan																
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	Día	Mes	Año												
Tamazunchale	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono																
29.9 Municipio o Alcaldía																		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO																	
Núm. 01, Libro Núm. 05	32.1 Localidad	San Martin ahol, S-L-P																
31.1 Acta Núm. 41	32.2 Municipio o Alcaldía	San Martin chol, S-L-P																
	32.3 Entidad federativa	20 02 2021																
	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año															