

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

210833260

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

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

Modelo 2017.1
FOLIO
210833260
210833260

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ROBERTO GONZALEZ DE LA MERCED Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO 1 3 0 5 1 9 5 2 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO HIDALGO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 1 3				
5. CURP G O M R 5 2 0 5 1 3 H H G N R B 0 6 Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <input type="radio"/> 9			
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 0 6 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9				
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE INDEPENDENCIA 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 20 BARRIO TAMUNZOC 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 7 9 8 0 6 TANCANHUITZ TANCANHUITZ 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"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2				
12. OCUPACIÓN HABITUAL COMERCIANTES, EMP. DE COMERCIO Y AGEN. DE VENTA 7 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input 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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Tamazunchale 14.1 Nombre de la unidad médica S P I S T O D 1 4 2 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SN BOULEVARD 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 7 9 9 6 0 PUEBLO Tamazunchale 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 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 0 5 0 2 2 0 2 1 Día Mes Año Horas Minutos 0 8 5 0		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA a) Debido a (o como consecuencia de) SHOCK SEPTICO b) Debido a (o como consecuencia de) NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD c) Debido a (o como consecuencia de) SARS COV 2 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 DIABETES MELLITUS TIPO 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 HORAS 8 DIAS 12 HORAS 21 DIAS 18 AÑOS Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		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"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <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		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) HIJO(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 Añote 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 ANTONIO DE JESUS GONZALEZ ANDRADE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO(A) 0 2				
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11794434 Número de la cédula profesional		28. FIRMA		
27. NOMBRE JAIME BRYAN LOPEZ MARTINEZ Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		29. DOMICILIO y TELÉFONO BOULEVARD BOULEVARD ISSSTE SN 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 TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE 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 7 9 9 6 0 4 8 3 6 2 1 1 9 0		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 0 5 0 2 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. 108		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Tamazunchale 32.2 Municipio o Alcaldía S. L. P. 32.3 Entidad federativa 1101022021 32.4 Día Mes Año				

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