



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210833260

210833260 210833260 210833260 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="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO HIDALGO	
				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP G O M R 5 2 0 5 1 3 H H G N R B 0 6		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos		Para menores de un día _____ Horas		Para menores de un mes _____ Días	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE 20 BARRIO 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 7 9 8 0 0 10.7 Código Postal TANCANHUITZ 10.8 Localidad TANCANHUITZ 10.9 Municipio o Alcaldía TANCANHUITZ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) SAN LUIS POTOSI		10.2 Nombre de la vialidad INDEPENDENCIA TAMUNZOC 10.6 Nombre del asentamiento humano	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL COMERCIANTES, EMP. DE COMERCIO Y AGEN. DE VENTA 7 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10		13.1 Número de seguridad social o afiliación Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 Tamazunchale 14.1 Nombre de la unidad médica SPINST 0 0 0 1 4 2 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SN 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 7 9 9 6 0 15.7 Código Postal TAMAZUNCHALE 15.8 Localidad TAMAZUNCHALE 15.9 Municipio o Alcaldía TAMAZUNCHALE 15.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI		15.2 Nombre de la vialidad BOULEVARD PUEBLO Tamazunchale 15.6 Nombre del asentamiento humano			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 0 5 0 2 2 0 2 1 0 8 5 0 Dia Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		18. SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de) SHOCK SEPTICO Debido a (o como consecuencia de)		b) NEUMONIA ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD Debido a (o como consecuencia de) SARS COV 2	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		c) NEUMONIA ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD Debido a (o como consecuencia de) SARS COV 2		d) DIABETES MELLITUS TIPO 2	
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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
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		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 7 9 9 6 0 22.7.7 Código Postal		22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.8 Localidad		22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.9 Municipio o Alcaldía	
23. NOMBRE ANTONIO DE JESUS		GONZALEZ ANDRADE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO(A) 0 2	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11794434 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE JAIME BRYAN LOPEZ MARTINEZ		Primer Apellido		28. FIRMA	
Nombre(s)		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO BOULEVARD TAMAZUNCHALE 29.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE 29.9 Municipio o Alcaldía		BOULEVARD ISSSTE 29.7 Código Postal 7 9 9 6 0 29.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior SN PUEBLO 29.8 Localidad TAMAZUNCHALE 29.11 Teléfono 4 8 3 3 6 2 1 1 9 0	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad TAMAZUNCHALE 32.2 Municipio o Alcaldía		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 0 5 0 2 2 0 2 1 Día Mes Año 1 0 0 2 0 2 1 32.3 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI 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 PARTICULARES

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

210833260