

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210833263
210833263 210833263 210833263 210833263 210833263 210833263

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Estela Hernandez		Salinas	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		11 05 1975		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		San Luis Potosí	
5. CURP		HESE750511MSPRLS17		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
Para menores de una hora		Para menores de un día		7. NACIONALIDAD	
Minutos		Horas		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
51		10.1 Tipo de vialidad		9. ESTADO CONYUGAL	
10.3 Núm. Exterior 79860		10.4 Núm. Interior tamouchon		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía coxcatlán	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. Ocupación Habitual	
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>		Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	
IMSS <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>		Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
SEDENA <input type="radio"/>		SEMAR <input type="radio"/>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		San Luis Potosí	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Secretaría de Salud <input type="radio"/>		IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>		Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
136		calle		santa marta 2	
15.3 Núm. Exterior 79930		15.4 Núm. Interior colonia		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Dia 08022021		16.2 Mes 2150	
16.3 Año		16.4 Horas		16.5 Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		a) Síndrome de dificultad respiratoria del adulto		19.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Debido a (o como consecuencia de)		2 horas	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Tubercolosis del pulmón, sin examen bacteriológico		19.2 Código CIE	
{		Debido a (o como consecuencia de)		J80X	
c)		Debido a (o como consecuencia de)		19.3 Uso exclusivo del personal codificador	
d)		Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		A161	
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?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
El embarazo <input type="radio"/>		El parto <input type="radio"/>		21.4 Uso exclusivo del personal codificador	
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"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área industrial <input type="radio"/> taller, fábrica u oficina <input type="radio"/>	
Homicidio <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/>		Calle o carretera <input type="radio"/> rancho o parcela <input type="radio"/>	
Suicidio <input type="radio"/>		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>		Otro <input type="radio"/>	
Se ignora <input type="radio"/>		Escuela u oficina pública <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, 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		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		Hernandez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Salinas		Hermano	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE	
Médico tratante <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/>		Ana Karen Vazquez Garcia	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Otro médico <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
Calle		29.7 Código Postal		29.3 Núm. Exterior 136	
Santa marta 2		29.8 Localidad		29.4 Núm. Interior	
Axtla de terrazas		29.9 Municipio o Alcaldía		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.7 Municipio o Alcaldía		29.11 Teléfono		09022021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad	
Núm. 01, Libro Núm. 69		32.2 Municipio o Alcaldía		Hidalgo y s de mayo altos s/n	
31.1 Acta Núm.		32.3 Entidad federativa		32.4 Dia 02	
				Mes 03 Año 2021	