



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

Modelo 2017-1

FOLIO  
210835808ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SUSPENDE LA DURACION DE LOS DOCUMENTOSENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Antonio González Rodríguez	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
Día	Mes	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>3</sub>
Año		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
2007		Tamaulipas	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
GORIA540702HTSNDN06		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>3</sub>
7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA	
Mexicana <input checked="" type="radio"/>		Para menores de una hora	Para menores de un día
		Minutos	Horas
		Para menores de un mes	Para menores de un año
		Días	Meses
		Para personas de un año o más	Años cumplidos
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
Separado(a) <input type="radio"/> 6		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad
Viudo(a) <input type="radio"/> 2		Calle	10.2 Nombre de la vialidad
En unión libre <input type="radio"/> 4		Centro	
Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Nuevo Morelos	
Soltero(a) <input type="radio"/> 1		Nuevo Morelos	
Se ignora <input type="radio"/> 9			
10.6 Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal	
Tamaulipas		89970	
10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
Nuevo Morelos		Nuevo Morelos	
10.10 Entidad federativa o país si residía en el extranjero		11. ESCOLARIDAD	
Tamaulipas		Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12
		Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5
		Bachillerato <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 type="radio"/> 2
12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
Agricultor <input type="radio"/> 1		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3
		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4
		SEMAR <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 6
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10
		Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99
499254131781M1954		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
499254131781M1954		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3
		PEMEX <input type="radio"/> 5	ISSSTE <input type="radio"/> 4
		SEMAR <input type="radio"/> 7	SEDERNA <input type="radio"/> 6
		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8
		Hospital <input type="radio"/> 2	Centro de salud <input type="radio"/> 1
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
Boulevard 914		12/01/2021	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
Fraccionamiento		11:59	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
17. Código Postal		15. Num. Exterior	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
79000		15.4 Núm. Interior	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
Ciudad Valles		15.5 Tipo de asentamiento humano	
15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa
Ciudad Valles		San Luis Potosí	
15.7 Código Postal			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
PARTE I		Código CIE	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.1 Nombre de la unidad médica	
a) Insuficiencia respiratoria aguda		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Debido a (o como consecuencia de)		19.3 Nombre de la vialidad	
Causas antecedentes		19.4 Nombre del asentamiento humano	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.5 Número de la entidad federativa	
b) Covid-19		19.6 Nombre del personal codificador	
Debido a (o como consecuencia de)		19.7 Código CIE	
c) Debido a (o como consecuencia de)		19.8 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
d) Debido a (o como consecuencia de)		19.9 Uso exclusivo del personal codificador	
PARTE II		19.10 Uso exclusivo del personal codificador	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19.11 Códigos 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:		21.3. Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1		21.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
El parto <input type="radio"/> 2		21.5. Área industrial (taller, fábrica u oficina)	
El puerperio <input type="radio"/> 3		21.6. Área deportiva	
43 días a 11 meses		21.7. Granja (rancho o parcela)	
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		21.8. Otro	
No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte		22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.5. Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio		22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.7.2 Nombre de la vialidad	
Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.7.3 Número de la vialidad	
22.7.4 Número de la localidad		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s) Marisa Elisa Martínez González		Primer Apellido Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otra <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional 1979285	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
Nombre(s) Julio Cesar Cortés Martínez			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Boulevard 914		2,8,0,1/2,0,2,1	
19 de enero		29.1 Tipo de vialidad	
Ciudad Valles		29.2 Nombre de la vialidad	
29.3 Número de la localidad		29.4 Número de la entidad federativa	
29.5 Municipio o Alcaldía		29.6 Nombre del asentamiento humano	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Telefóno		29.10 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Número _____ Libro Número _____		32.1 Localidad	
32.2 Entidad federativa		32.3 Municipio o Alcaldía	
32.4 Día		32.5 Mes	
32.5 Año		32.6 Año	



210835808