



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

210837176

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	J. Moisés		Nombre(s)	Narvaez		Primer Apellido	Sánchez.		Segundo Apellido										
	2. FECHA DE NACIMIENTO	04	09	19	35	Día	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O ₉	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí.	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)							
DEL FALLECIDO	5. CURP	N A S M 3 5 0 9 0 4 1 4 S P R N S 1 4					Se ignora <input type="radio"/> O ₉	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> O ₉	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/> O 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	O 8 5	Años cumplidos <input type="radio"/> O ₉								
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="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> O ₉									
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					Calle.	Marcha Obrera.	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)									
10.3 Núm. Exterior	264	10.4 Núm. Interior	—	10.5 Tipo de asentamiento humano	Unidad Habitacional	Aviles	Aviles	10.7 Código Postal	78436	10.8 Localidad	Soledad Graciano S.	10.9 Municipio o Alcaldía	S. L. P.							
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:	Completa <input checked="" type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Jornalero	12.1 Trabajaba	Si <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> O ₉							
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> O ₉	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	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"/> O ₉					
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	Hospital General Soledad.	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> O ₉									
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	1112	—	Colonia	Calle.	Valeutin Aquiles	15.2 Nombre de la vialidad	Camino Rivas Gómez	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	78436	15.8 Localidad	Soledad Graciano S.	15.9 Municipio o Alcaldía	S. L. P.	15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16	01	20	21	03	15.1 Tipo de vialidad	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.11 Nombre de la vialidad	Dia	Mes	Año	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"/> O ₉	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2
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 Aguda Severa Debido a (o como consecuencia de)										Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE							
PARTE I	b) Neumonía atípica probable por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)										1 día.									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	c) Debido a (o como consecuencia de)										4 días.									
PARTE II	d) Debido a (o como consecuencia de)										10 años									
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="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
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					Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2				
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?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)						
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.3.1 Sitio donde ocurrió la lesión					Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		22.4.1 Otro <input type="radio"/> 8						
22.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio						Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4.2 Se ignora <input type="radio"/> 9						
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:																				
22.6 Anote el domicilio donde ocurrió 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																				
22.7.2 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	Máire Zavala Torres.										24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)									
Nombre(s)	Primer Apellido					Segundo Apellido					Esposa.									
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3					Directivo Jurado					26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									
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 3107097									
27. NOMBRE	Dolores Yerena										28. FIRMA									
Nombre(s)	Primer Apellido					Segundo Apellido														
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Calle Valentín Gómez 112																			
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad																			
29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior																			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal																			
29.8 Localidad																				
29.9 Municipio o Alcaldía																				
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN																				
Día	Mes					Año														
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO																				
Núm. _____, Libro Núm. _____																				
31.1 Acta Núm. _____																				
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO																				
32.1 Localidad																				
32.2 Municipio o Alcaldía																				
32.3 Entidad federativa																				
32.4 Día	Mes					Año														

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