



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

210837419

210837419 210837419 210837419 210837419
210837419 210837419 210837419 210837419

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Rosa Imelda	Primer Apellido	Villareal.	
	Nombre(s)		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	14 03 1957	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Tamaulipas
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP	RANR1570314MTSMLS03	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
		Si ignora <input type="radio"/> No ignora <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	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 un año _____ Meses	Para personas de un año o más _____ Años cumplidos
					<input checked="" type="radio"/> 63 Se ignora <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):	9. ESTADO CONYUGAL
					Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3
					Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1
					Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Calle	Fuente de Minería		
10.1 Núm. Exterior	104	10.2 Nombre de la vialidad	Balcones del Valle.		
10.4 Núm. Interior	—	10.5 Tipo de asentamiento humano	Colonia		
10.7 Código Postal	78369	10.8 Localidad	San Luis Potosí		
10.9 Municipio o Alcaldía	San Luis Potosí	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	S.L.P.		
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL
				Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	Maestra <input type="radio"/> 1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
				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	Hospital General Soledad.	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
					Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Calle	Valeutin Ayuador.			
15.3 Núm. Exterior	1112	15.5 Tipo de asentamiento humano	Colonia		
15.4 Núm. Interior	—	15.8 Localidad	Soledad Graciano S.		
15.7 Código Postal	78436	15.9 Municipio o Alcaldía	Soledad Graciano S.		
15.10 Entidad federativa	S.L.P.				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
17 01 2021	06 13 7	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
Día Mes Año	Horas Minutos				
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) Sindrome dificultad respiratoria aguda severa 2 días. Debido a (o como consecuencia de)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía asociada a COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)				
	c) Debido a (o como consecuencia de)				
	d) Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Hipertensión arterial Sistémica				
				anios	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador	
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
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"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (vía pública) Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 5			
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				
22.5 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 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	Jimena	Corona	Ramirez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Niña <input type="radio"/> 1	
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
				3207093 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE	Enka Alejia	Documentos	Yenifer	28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Jimenez <input type="radio"/> 1	
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Calle	Valeutin Ayuador	1112	Lorraine <input type="radio"/> 1	
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	
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
				17 01 2021 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad				
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año