



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Teodora		Zapata	Delgado										
	Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido											
2. FECHA DE NACIMIENTO	01/04/1941	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí										
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)											
5. CURP	ZADTA10401MSPPLD04	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique <input type="radio"/>										
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										
8. EDAD	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 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9									
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle	Narciso											
			10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad											
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Colonia	Soledad											
78430		10.7 Código Postal	Soledad Graciano	Soledad Graciano											
10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	S. L. P.												
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Primaria <input type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8	Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL										
A SERVICIOS DE SALUD	IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6	PEMEX <input type="radio"/> 4	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Auña Casa	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9										
13. AFILIACIÓN	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	13.1 Número de seguridad social o afiliación										
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Hospital General Soledad.	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12										
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Valentín Gómez	15.6 Nombre del asentamiento humano										
112	78436		Soledad Graciano	Gómez	San Luis Potosí										
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa												
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2						
PARTE I	a) Sindrome de dificultad respiratoria Aguda Severe					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Usos exclusivos del personal codificado Código CIE								
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Debido a (o como consecuencia de)					4 horas.									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía Asociada a SARS-CoV-2					10 días.									
{	Debido a (o como consecuencia de)														
c)	Debido a (o como consecuencia de)														
d)															
PARTE II	Hiperpresión Arterial Sistémica					años.									
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo															
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)															
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.1 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS															Usos exclusivos del personal codificado
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	43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)					
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8						
22.1 Fue un presunto accidente	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)										
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	22.7.1 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	Veronica	Martinez	Galarza						24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Nueva.					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido													
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	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	Directivo Turno	3209093	Número de la cédula profesional										
*Especifique															
27. NOMBRE	Enka Alicea	Domínguez	Yerever	28. FIRMA											
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido													
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Colo	Valentín Gómez	112												
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	29.12											
Soledad Graciano	8. L. P.	Soledad Graciano													
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12												
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	17012021	29.11 Teléfono	29.12												
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO						32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									
Núm., Libro Núm.						32.1 Localidad									
31.1 Acta Núm.						32.2 Municipio o Alcaldía									
31.2 Entidad federativa						32.3 Entidad federativa									
31.3 Fecha de inscripción						32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año							