



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1
FOLIO
210841074

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Jose Hernandez Ramirez			
2. FECHA DE NACIMIENTO 27/08/1956	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Hidalgo	
5. CURP HERD560827HHHRMS08		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐
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: 064 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Citlali 10.1 Tipo de vivienda: SN 10.2 Nombre de la vivienda: 10.3 Núm. Exterior: 79960 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía: 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☒ 12. OCUPACIÓN HABITUAL Intendencia 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda: 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/02/2021 11:35 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): b) Neumonía adquirida en la comunidad Debido a (o como consecuencia de): c) Diabetes mellitus Debido a (o como consecuencia de): d) Diabetes mellitus 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 morbosos que la produjo: Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 19 días 31 días 15 años Código CIE: Código CIE: Código CIE:		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS. 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 21.4 Añote la relación que tenía el presunto accidente o lesión con el(a) fallecido(a): Año industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.4 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.5 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.6 Tipo de vivienda: 22.7 Nombre de la vivienda: 22.8 Núm. Exterior: 22.9 Núm. Interior: 22.10 Tipo de asentamiento humano: 22.11 Nombre del asentamiento humano: 22.12 Código Postal: 22.13 Localidad: 22.14 Municipio o Alcaldía: 22.15 Entidad federativa:		23. NOMBRE Felicitas 24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) Hijastra 25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 27. NOMBRE Detamio Miguel 28. FIRMA Detamio Miguel 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 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: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono: 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12/02/2021 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 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: 32.5 Mes: 32.6 Año:	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD