



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210841083

| | | | | | | | |
|---|--|---|------------------------|---|------------------------|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Ma Lidia | | Gutierrez | | Marquez | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 13 10 1957 | | 3. SEXO | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | |
| Día Mes Año | | Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | |
| 5. CURP | | EUMLS71013MGRD06 | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | 7. NACIONALIDAD | |
| | | Se ignora <input type="radio"/> 99 | | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique | |
| 8. EDAD CUMPLIDA | | Para menores de una hora | Para menores de un día | Para menores de un mes | Para menores de un año | Para personas de un año o más | 10.6 Número de la vialidad |
| | | Minutos | Horas | Días | Meses | Años cumplidos | |
| 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 | Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 |
| | | | | | | En unión libre <input type="radio"/> 4 | Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | | | | | | |
| 10.3 Núm. Exterior | | 10.4 Núm. Interior | | 10.5 Tipo de asentamiento humano | | 10.6 Nombre del asentamiento humano | |
| | | | | Miguelita | | Chapalitacon | |
| 10.7 Código Postal | | 10.8 Localidad | | 10.9 Municipio o Alcaldía | | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | |
| 11. ESCOLARIDAD | | | | | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 | | Preescolar <input type="radio"/> 12 | | Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 | | Secundaria <input type="radio"/> 5 | |
| Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 | | Profesional <input type="radio"/> 8 | | Posgrado <input type="radio"/> 10 | | Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | Ninguna <input type="radio"/> 1 | | ISSSTE <input type="radio"/> 3 | | SEDENA <input type="radio"/> 5 | |
| | | IMSS <input type="radio"/> 2 | | PEMEX <input type="radio"/> 4 | | Seguro Popular <input type="radio"/> 7 | |
| | | IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 | | ISSSTE <input type="radio"/> 4 | | SEMAR <input type="radio"/> 6 | |
| | | SEDENA <input type="radio"/> 6 | | Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 | | IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 | |
| 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 | |
| IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 | | ISSSTE <input type="radio"/> 4 | | SEDENA <input type="radio"/> 6 | | Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9 | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 15.1 Tipo de vialidad | | 15.2 Nombre de la vialidad | | 15.6 Nombre del asentamiento humano | |
| | | Colonia | | San Martin km3 | | Zacatipan | |
| 15.3 Núm. Exterior | | 15.4 Núm. Interior | | 15.5 Tipo de asentamiento humano | | 15.9 Municipio o Alcaldía | |
| | | Zacatipan | | Tamaulipas | | San Luis Potosí | |
| 15.7 Código Postal | | 15.8 Localidad | | 15.10 Entidad federativa | | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | | | | | | |
| 27 02 2021 | | 05 40 | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | |
| Día Mes Año | | Horas Minutos | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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.) | | | | | | | |
| PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | | | | | | |
| a) Neumonia por SARS Cov2 Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| b) Diabetes mellitus tipo 2 Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| c) Hipertensión arterial sistémica Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| d) 12 años 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 | | | | | | | |
| 3 años | | | | | | | |
| 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? | |
| 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 | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | |
| 21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) | | | | | | | |
| 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | | | | | |
| 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | | | | | | | |
| Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <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 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | | | | | |
| 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) 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 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 | | | | | | | |
| Nombre(s) | | Angel | | Cantera | | Balderas | |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | | | | | | |
| 25. CERTIFICADA POR | | | | | | | |
| 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 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique | | | | | | | |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | | | | | |
| 6311546 Número de la cédula profesional | | | | | | | |
| 27. NOMBRE | | | | | | | |
| Nombre(s) | | Adelaida | | Garcia | | Peralta | |
| 28. FIRMA | | | | | | | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO | | | | | | | |
| 29.1 Tipo de vialidad | | Carretera | | San Martin km3 | | Zacatipan | |
| 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 | | | | | | | |
| 29.9 Municipio o Alcaldía | | | | | | | |
| 29.10 Entidad federativa | | | | | | | |
| 29.11 Teléfono | | | | | | | |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | | | | | |
| 27 02 2021 Día Mes Año | | | | | | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | | | | | | | |
| Número, Libro Número | | | | | | | |
| 31.1 Acta Número | | | | | | | |
| 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | | | | | | |
| 32.1 Localidad | | | | | | | |
| 32.2 Municipio o Alcaldía | | | | | | | |
| 32.3 Entidad federativa | | | | | | | |
| 32.4 Día Mes Año | | | | | | | |
| 33. DEL REGISTRO CIVIL | | | | | | | |

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