



197

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Faustino Martínez		Villa	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
14 02 1954 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Hidalgo Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
NAVF540214H6PL805 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Mexicana <input type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora 67 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	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		Julian Carrillo	
14 10.3 Núm. Exterior 79960 10.7 Código Postal		Colonia		Los naranjos	
10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.8 Localidad		Tamazunchale		Tamazunchale San Luis Potosí	
10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8		Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación: NAVI540214-10		12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4		SEDENA <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10		Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5		SEMAR <input type="checkbox"/> 7		14.3 Número de la vialidad	
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6		Otra unidad médica <input type="checkbox"/> 8		14.4 Nombre de la vialidad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
S/N 15.3 Núm. Exterior 79960 15.7 Código Postal		Calle		Tamazunchale - San Luis Potosí	
15.4 Núm. Interior		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
13 03 2021 Día Mes Año		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				21.2.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
a) Debe a (o como consecuencia de)		21.2.2 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.3.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
b) Debe a (o como consecuencia de)		21.2.3 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.4.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
c) Debe a (o como consecuencia de)		21.2.4 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.5.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
d) Debe a (o como consecuencia de)		21.2.5 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.6.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		21.2.6 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.7.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		21.2.7 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.8.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2.8 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.9.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2.9 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.10 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
El embarazo <input type="checkbox"/> 1		El parto <input type="checkbox"/> 2		El puerperio <input type="checkbox"/> 3	
43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
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(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> 6 Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 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		22.7.2 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		Arcelia Martínez Portez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. FIRMA	
Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3		26.1 Número de la cédula profesional 2969866			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4		26.2 Especifique			
27. NOMBRE		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
Corretera Tamazunchale San Luis Potosí s/n Zacatipan		29.3 Núm. Exterior 79960 29.6 Nombre del asentamiento humano		29.4 Núm. Interior Tamazunchale 29.5 Municipio o Alcaldía	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Entidad federativa	
29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Entidad federativa	
31.1 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Número 01, Libro Número 05 31.1 Acta Número 197		32.1 Localidad Tamazunchale		13032021 Día Mes Año	
32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa S.L.P.		18032021 Día Mes Año	
32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año	