



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210841134

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	TIRSO CERVANTES		Primer Apellido	Segundo Apellido		
	Nombre(s)						
2. FECHA DE NACIMIENTO	27 01 1943	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	
5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
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	078	
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 type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL	MADRIGAL DE CANONICA						
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				
109		Las TAMPINAS	Tamazunchale				
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 checked="" type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
Se ignora <input type="radio"/> 99						Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	Nro.: 9392742840-4-4M11430		
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hogar <input type="radio"/> 11	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	HRA # 44	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano				
ZACATIPIAN		Tamazunchale	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							
20 02 2021	05 14 00	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
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)	Neumonía por SARS-CoV2						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Debido a (o como consecuencia de)						30/05	
b)	COVID-19						12-02-21
Debido a (o como consecuencia de)							
c)							
d)							
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							
5 años							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE							
Uso exclusivo del personal codificador							
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?	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
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			No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
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?							
Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión							
Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 de servicio							
(Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8)							
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 GASTÓN OTERO CERVANTES							
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido							
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) NIETO							
IMSS							
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	GENERAL	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
5592517 Número de la cédula profesional							
27. NOMBRE Luis ALBERTO SÁNCHEZ EZEQUIEL							
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido							
28. FIRMA							
IMSS ACATIPAN, BLP							
29. DOMICILIO y TELÉFONO							
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							
29.9 Municipio o Alcaldía							
29.10 Entidad federativa							
29.11 Teléfono							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
20 02 2021 Día Mes Año							
DEL CERTIFICANTE							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA 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							
DEL REG. CIVIL							

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