



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210844185

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



210844185

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Yolanda Martínez Gomez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO 11/10/311940 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP HIA16141010311HMSRIM10109 Se ignora ☐ 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Se ignora ☐ 9 Otra ☐ 2 Especifique		
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: 811 Años cumplidos Se ignora ☐ 9	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Vuelto(a) ☒ 2 Casado(a) ☐ 5 En unión libre ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: 90-A Fraccionamiento 10.2 Nombre de la vivienda: Las Aboladas 10.3 Núm. Exterior: 15291510 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Alzaron de Zaragoza 10.6 Nombre del asentamiento humano: México 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 ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☒ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2			12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar ☒ 1 Se ignora ☐ 99 12.1 Trabajaba: Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☒ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 03583501667				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Hospital Rural #44 Zacatífon 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SP11M101011141611 IMSS PROSPERA ☒ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad médica privada ☐ 8 Unidad médica pública ☐ 9				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km 3 Carretera San Martín 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda: 15.3 Núm. Exterior: 179191610 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 15.6 Nombre del asentamiento humano: 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 11/10/512021 11/3140 Día Mes Año Horas Minutos			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía Adquirida en la comunidad Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo - Sospecha de Covid-19 - Hipertensión arterial descontrolada			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 48 hrs 98 hrs 90 hrs Código CIE	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 20.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 20.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 21.1 Fue un presunto accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 21.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 21.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 1 Área deportiva ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 2 Escuela u oficina ☐ 5 Área comercial o de servicio ☐ 6 21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9			22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 Verónica Matilde Martínez Gomez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) Hija			25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 Médico de Guardia 25.1 Nombre: Casanova Humberto Benito Bravo Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 25.2 Domicilio y teléfono: Carretera San Martín Km 3 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: Tamazunchale San Luis Potosí Zacatífon 21083131621039171	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4132273 Número de la cédula profesional			27. FIRMA [Firma]	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/10/512021 Día Mes Año			29. 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: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD