



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210849605

210849605 210849605 210849605 210849605 210849605 210849605
210849605 210849605 210849605 210849605 210849605 210849605
210849605 210849605 210849605 210849605 210849605 210849605
210849605 210849605 210849605 210849605 210849605 210849605

ZT989505 ZT989505 ZT989505 ZT989505 ZT989505 ZT989505

DE FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Javier Hermes Morin Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO 11 10 1959 Día Mes Año</p> <p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p>									
		<p>5. CURP M0GJ591011MSPRRV07 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</p>									
		<p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> Días Para menores de un año <input type="radio"/> Meses Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</p> <p>8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/></p>									
		<p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Axtla Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad Barrio 10.2 Nombre de la vialidad San Juan Bosco</p> <p>10.3 Núm. Exterior 791930 10.4 Núm. Interior 11120 10.5 Tipo de asentamiento humano Axtla de Terrazas 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí</p> <p>10.7 Código Postal 781930 10.8 Localidad Axtla de Terrazas 10.9 Municipio o Alcaldía Axtla de Terrazas 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p>									
		<p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL HOGAR Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>									
		<p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8</p> <p>13.1 Número de seguridad social o afiliación Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p>									
		<p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud SE IMSS IMSS PEMEX PEMEX SEMAR SE Unidad médica privada U 16 IMSS PROSPERA IP ISSSTE IS SEDENA SE Otra unidad pública O 8 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p>									
		<p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SE 15.1 Tipo de vialidad SE 15.2 Nombre de la vialidad SE 15.3 Núm. Exterior 791930 15.4 Núm. Interior 11120 15.5 Tipo de asentamiento humano SE 15.6 Nombre del asentamiento humano SE 15.7 Código Postal 781930 15.8 Localidad SE 15.9 Municipio o Alcaldía SE 15.10 Entidad federativa SE</p>									
		<p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15 08 2021 11 120 Dia Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Neumonia por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) </p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p>									
		<p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U</p>									
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		<p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p>									
		<p>22. SI LA MUERTE FUÉ 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</p> <p>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</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p>									
		<p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: </p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad</p> <p>22.7.2 Nombre de la vialidad</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior </p> <p>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p>									