



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

210849629

210849629 210849629 210849629 210849629 210849629
210849629 210849629 210849629 210849629 210849629
210849629 210849629 210849629 210849629 210849629
210849629 210849629 210849629 210849629 210849629

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Pedro Nicolas Catarina.	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO 01081943 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP N I C P 4 3 0 8 0 1 H S P 0 1 D O 2 Se ignora 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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	
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="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	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) I 76		calle Constitución 10.1 Tipo de vialidad	
		10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior 7 9 9 4 0 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano Xochicuatla Tampacán 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
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="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	
		12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8		12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
		Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 30 calle Cuauhtémoc 15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad I 2 de octubre 15.3 Núm. Exterior 7 9 9 7 0 15.4 Núm. Interior	
		15.5 Tipo de asentamiento humano Matla pa 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 1 5 0 8 2 10 2 11 0 4 0 0 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 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) Insuficiencia Respiratoria tipo I sospechoso Debido a (o como consecuencia de) a COVID	
		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 30 minutos	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Debido a (o como consecuencia de)	
		c) Debido a (o como consecuencia de)	
		d) 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			
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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Rancho o parcela <input type="checkbox"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Rosa Esperanza Nicolas Benita		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 medico gral Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9947352 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE gilda guadalupe Martinez Hernandez		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
29. DOMICILIO y TELÉFONO calle francisco I madero km 85 20 de noviembre 7 1 9 9 7 0		29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad	
29.6 Nombre del asentamiento humano Matlapa		29.7 Código Postal 29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
31.1 Acta Núm. 30074		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12 00 8 20 21 I Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 08		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Tampacán Tampax 31 P 12 31 2021 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	