



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212248164

356-391

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE) DA FALLECIDO(A)	CLAUDIA SALAZAR		356-311										
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido											
2. FECHA DE NACIMIENTO	25031984	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	S.L.P.									
	Día Mes Año			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)										
5. CURP	SACIC840321SMDFLR07		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9									
				7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 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 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="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9									
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad										
	S BAC		AV	MATAMOROS										
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano											
119950		CASA	SAN MIGUEL CHALCHIHUITLA SAMMELTUR											
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="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	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL									
				Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	HOGAR									
12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	12.2 Ocupación: Se ignora <input type="radio"/> 99													
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación										
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 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Unidad médica pública <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99										
			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99										
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										
	159040		CASA	COLONIA VALLES										
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa											
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Dia	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 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								Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
	a) SINTOMAS DISTAS RESPIRATORIOS 10000	Debido a (o como consecuencia de)									90105			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) NEUMONIA POR SARS - COV2	Debido a (o como consecuencia de)									90005			
	c)	Debido a (o como consecuencia de)												
	d)													
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	SINTOMAS AMENAZANTES 10000								10000					
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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	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	No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE														
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	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	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 <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <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	SOBERANA		23. NOMBRE	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)										
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido												
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	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	4387560								
					Número de la cédula profesional									
27. NOMBRE	ALDO ANTONIO		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	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	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN										
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día	Mes	Año									
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO													
Núm., Libro Núm.	32.1 Localidad													