



**67988108899 SECRETARÍA DE SALUD
1M1981 02 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN SINBA**

Modelo 2017.1
FOLIO
200212248200212248200212248200
2248200
200212248200212248200

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

20560125210
*SI LA DEFUNCION NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE Sujetos OBLIGADOS Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

A standard 1D barcode is positioned vertically on the left side of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

1100

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Soriel Cruz			Guillén		
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	12081981		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Veracruz
Día	Mes	Año			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP	CUGIS810812HNRRLR01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 →
					Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Especifique
8. EDAD	Para menores de una hora	Minutos	Para menores de un día	Horas	Para menores de un mes	Días
CUMPLIDA						
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	Para menores de un año	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					Para personas de un año o más	
9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="checkbox"/> 6		Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2	Casado(a) <input type="checkbox"/> 5		
	En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> 4		Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3	Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1		
				Se ignora <input type="checkbox"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle			Leyes de Reforma		
Anote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a)				10.1 Tipo de vialidad		
121	Colonia			10.2 Nombre de la vialidad		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
191651981	Coatzacoalcos	Coatzacoalcos		Veracruz		
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 type="checkbox"/> 3	Secundaria <input type="checkbox"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> 7	Profesional <input type="checkbox"/> 8	Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 5	Seg. Popular / INSABI <input type="checkbox"/> 7	Otra <input type="checkbox"/> 8	
IMSS <input type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 6	IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10	Se ignora <input type="checkbox"/> 9		6798810889-1M19810R
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Hospital General de Zona # 6			14.1 Nombre de la unidad médica		
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1	IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 3	PEMEX <input type="checkbox"/> 5	SEMAR <input type="checkbox"/> 7	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2	ISSSTE <input type="checkbox"/> 4	SEDENA <input type="checkbox"/> 6	Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Boulevard Fraccionamiento			Mexico Laredo	15.2 Nombre de la vialidad	
914	Ciudad Valles			19 de Enero	15.5 Nombre del asentamiento humano	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.6 Nombre del asentamiento humano		San Luis Potosí	15.10 Entidad federativa	
71910100		15.7 Código Postal				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	10082021	0306	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Si <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
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 aguda Debido a (o como consecuencia de)						
b) Síndrome inflamatorio multisistémico asociado con covid-19 Debido a (o como consecuencia de)						
c) COVID-19 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 morboso 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	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
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	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE						
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Granja <input type="checkbox"/> 7	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
Homicidio <input type="checkbox"/> 2	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (rancho o parcela)	Otro <input type="checkbox"/> 8		
Suicidio <input type="checkbox"/> 3	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Se ignora <input type="checkbox"/> 9		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:						
22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.6.1 Tipo de vialidad					
22.7 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano					
22.7.2 Nombre de la vialidad	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	Mateos Santos			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Esposa			
25. CERTIFICADA POR						
Médico tratante <input type="checkbox"/> 1	Médico legista <input type="checkbox"/> 2	Otro médico <input type="checkbox"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4	Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5	Otro* <input type="checkbox"/> 8	11836848			Número de la cédula profesional
*Especifique						
27. NOMBRE	Rubí Esmeralda Santos Pérez			28. FIRMA		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Dra. Leticia E. Pérez			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Boulevard Mexico Laredo 914			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad			10082021	Día	
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal			29.11 Teléfono	Mes	
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa				Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad _____					
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía _____					
	32.3 Entidad federativa _____					
	32.4 Día _____ Mes _____ Año _____					
Y VIOLENTA						
INF.						
CIVIL						

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