



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modo 2017.1

**FOLIO**

212248276

**\*SI LA DEFUNCIÓN 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 LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES**



212248276

<b>DEL FALLECIDO</b>  <b>DE LA DEFUNCIÓN</b>  <b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>  <b>DEL CERTIFICANTE</b>  <b>DEL REG. CIVIL</b>		<p align="center"><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> <b>CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN</b></p> <p align="center">ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">1. NOMBRE DEL(DE LA) <b>Ma. Guadalupe</b> <b>Perez</b></td> <td>Primer Apellido</td> <td colspan="2">2. FECHA DE NACIMIENTO Día <b>10</b> Mes <b>06</b> Año <b>1952</b></td> <td>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></td> <td colspan="2">4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>Tamaulipas</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">5. CURP <b>LGPIRG521106MTSIRI5D07</b></td> <td>Se ignora <input type="radio"/> 99</td> <td colspan="2">6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</td> <td>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</td> <td colspan="2">8. EDAD Para menores cumplida de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <b>101681</b> Se ignora <input type="radio"/> 99</td> </tr> <tr> <td colspan="2">9. ESTADO CONYUGAL En el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Calle Benito Juárez</b></td> <td>Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9</td> <td colspan="2">10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Calle Benito Juárez, Nogales, Rayón, San Luis Potosí</b></td> <td>10.1 Tipo de vialidad <b>3</b></td> <td colspan="2">10.2 Nombre de la vialidad <b>Benito Juárez</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">10.3 Núm. Exterior <b>710740</b> 10.4 Núm. Interior <b>1000</b> 10.7 Código Postal <b>71000</b></td> <td>10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Nogales</b></td> <td colspan="2">10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Rayón</b></td> <td>10.9 Municipio o Alcaldía <b>Rayón</b></td> <td colspan="2">10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>San Luis Potosí</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10</td> <td>Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99</td> <td colspan="2">11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</td> <td>12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</td> <td colspan="2">12.2 Ocupación habitual <b>Se ignora</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10</td> <td>ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99</td> <td colspan="2">14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General Zona 10</b></td> <td>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</td> <td colspan="2">13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>0902790227451226</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</td> <td>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</td> <td colspan="2">15.1 Tipo de vialidad <b>914</b></td> <td>15.2 Nombre de la vialidad <b>Francisco I. Madero</b></td> <td colspan="2">15.3 Núm. Exterior <b>19</b> 15.4 Núm. Interior <b>1000</b> 15.7 Código Postal <b>71000</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>914</b></td> <td>15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b></td> <td colspan="2">15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b></td> <td>15.9 Municipio o Alcaldía <b>Ciudad Valles</b></td> <td colspan="2">15.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <b>17</b> Mes <b>08</b> Año <b>2021</b></td> <td>Horas <b>08</b> Minutos <b>10</b></td> <td colspan="2">17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</td> <td>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</td> <td colspan="2">19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Sintrome de dificultad Respiratoria del Adulto</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Covid-19</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> d) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio moroso que la produjo <b>Diabetes mellitus no especificada en complicaciones</b> <b>Hipertensión arterial primaria</b> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>12 días</b> <b>1108</b> <b>E 147</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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 El parto <input type="radio"/> 2 El puero <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4</td> <td>No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</td> <td colspan="2">21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puero? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</td> <td>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puero? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</td> <td colspan="2">20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">22. SI LA MUERTE FUE 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</td> <td>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</td> <td colspan="2">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</td> <td>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9</td> <td colspan="2">22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</td> <td>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</td> <td colspan="2">22.7.1 Tipo de vialidad <b>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal</b></td> <td>22.7.2 Nombre de la vialidad <b>22.7.8 Localidad</b></td> <td colspan="2">22.7.6 Nombre del asentamiento humano <b>22.7.9 Municipio o Alcaldía</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">22.7.10 Entidad federativa <b>23. NOMBRE</b> Nombre(s) <b>Alma Juárez</b> Primer Apellido <b>Sanchez</b> Segundo Apellido</td> <td>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Natalia</b></td> <td colspan="2">25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique</td> <td>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>A1132634</b> Número de la cédula profesional</td> <td colspan="2">27. NOMBRE Nombre(s) <b>Jorge</b> Primer Apellido <b>Fabrice</b> Segundo Apellido <b>Henriett</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <b>19 de Enero</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>Rayón</b> 29.3 Núm. Exterior <b>914</b> 29.4 Núm. Interior <b>1000</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b></td> <td>28. FIRMA <b>Fabrice</b></td> <td colspan="2">29.6 Número del asentamiento humano <b>29.7 Código Postal</b> 29.8 Localidad <b>Rayón</b></td> <td>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>11 08 2021</b> Día Mes Año</td> <td colspan="2">31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">31.1 Acta Núm. _____</td> <td>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____</td> <td colspan="2">32.2 Municipio o Alcaldía _____</td> <td>32.3 Entidad federativa _____</td> <td colspan="2">32.4 Día Mes Año _____</td> </tr> </table>								1. NOMBRE DEL(DE LA) <b>Ma. Guadalupe</b> <b>Perez</b>		Primer Apellido	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <b>10</b> Mes <b>06</b> Año <b>1952</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>Tamaulipas</b>		5. CURP <b>LGPIRG521106MTSIRI5D07</b>		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	8. EDAD Para menores cumplida de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <b>101681</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		9. ESTADO CONYUGAL En el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Calle Benito Juárez</b>		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" 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) <b>Calle Benito Juárez, Nogales, Rayón, San Luis Potosí</b>		10.1 Tipo de vialidad <b>3</b>	10.2 Nombre de la vialidad <b>Benito Juárez</b>		10.3 Núm. Exterior <b>710740</b> 10.4 Núm. Interior <b>1000</b> 10.7 Código Postal <b>71000</b>		10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Nogales</b>	10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Rayón</b>		10.9 Municipio o Alcaldía <b>Rayón</b>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>San Luis Potosí</b>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	12.2 Ocupación habitual <b>Se ignora</b>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10		ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General Zona 10</b>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>0902790227451226</b>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15.1 Tipo de vialidad <b>914</b>		15.2 Nombre de la vialidad <b>Francisco I. Madero</b>	15.3 Núm. Exterior <b>19</b> 15.4 Núm. Interior <b>1000</b> 15.7 Código Postal <b>71000</b>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>914</b>		15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b>	15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b>		15.9 Municipio o Alcaldía <b>Ciudad Valles</b>	15.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <b>17</b> Mes <b>08</b> Año <b>2021</b>		Horas <b>08</b> Minutos <b>10</b>	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Sintrome de dificultad Respiratoria del Adulto</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Covid-19</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> d) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio moroso que la produjo <b>Diabetes mellitus no especificada en complicaciones</b> <b>Hipertensión arterial primaria</b> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>12 días</b> <b>1108</b> <b>E 147</b>		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 El parto <input type="radio"/> 2 El puero <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puero? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puero? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		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 pública <input type="radio"/> 2		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	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	22.7.1 Tipo de vialidad <b>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal</b>		22.7.2 Nombre de la vialidad <b>22.7.8 Localidad</b>	22.7.6 Nombre del asentamiento humano <b>22.7.9 Municipio o Alcaldía</b>		22.7.10 Entidad federativa <b>23. NOMBRE</b> Nombre(s) <b>Alma Juárez</b> Primer Apellido <b>Sanchez</b> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Natalia</b>	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>A1132634</b> Número de la cédula profesional	27. NOMBRE Nombre(s) <b>Jorge</b> Primer Apellido <b>Fabrice</b> Segundo Apellido <b>Henriett</b>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <b>19 de Enero</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>Rayón</b> 29.3 Núm. Exterior <b>914</b> 29.4 Núm. Interior <b>1000</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b>		28. FIRMA <b>Fabrice</b>	29.6 Número del asentamiento humano <b>29.7 Código Postal</b> 29.8 Localidad <b>Rayón</b>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>11 08 2021</b> Día Mes Año	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____		31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	32.2 Municipio o Alcaldía _____		32.3 Entidad federativa _____	32.4 Día Mes Año _____	
1. NOMBRE DEL(DE LA) <b>Ma. Guadalupe</b> <b>Perez</b>		Primer Apellido	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <b>10</b> Mes <b>06</b> Año <b>1952</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>Tamaulipas</b>																																																																																																																											
5. CURP <b>LGPIRG521106MTSIRI5D07</b>		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	8. EDAD Para menores cumplida de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <b>101681</b> Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																																																																											
9. ESTADO CONYUGAL En el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Calle Benito Juárez</b>		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" 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) <b>Calle Benito Juárez, Nogales, Rayón, San Luis Potosí</b>		10.1 Tipo de vialidad <b>3</b>	10.2 Nombre de la vialidad <b>Benito Juárez</b>																																																																																																																											
10.3 Núm. Exterior <b>710740</b> 10.4 Núm. Interior <b>1000</b> 10.7 Código Postal <b>71000</b>		10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Nogales</b>	10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Rayón</b>		10.9 Municipio o Alcaldía <b>Rayón</b>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>San Luis Potosí</b>																																																																																																																											
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	12.2 Ocupación habitual <b>Se ignora</b>																																																																																																																											
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10		ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General Zona 10</b>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>0902790227451226</b>																																																																																																																											
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15.1 Tipo de vialidad <b>914</b>		15.2 Nombre de la vialidad <b>Francisco I. Madero</b>	15.3 Núm. Exterior <b>19</b> 15.4 Núm. Interior <b>1000</b> 15.7 Código Postal <b>71000</b>																																																																																																																											
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>914</b>		15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b>	15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b>		15.9 Municipio o Alcaldía <b>Ciudad Valles</b>	15.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>																																																																																																																											
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <b>17</b> Mes <b>08</b> Año <b>2021</b>		Horas <b>08</b> Minutos <b>10</b>	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Sintrome de dificultad Respiratoria del Adulto</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Covid-19</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> d) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio moroso que la produjo <b>Diabetes mellitus no especificada en complicaciones</b> <b>Hipertensión arterial primaria</b> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>12 días</b> <b>1108</b> <b>E 147</b>																																																																																																																											
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 El parto <input type="radio"/> 2 El puero <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puero? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puero? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		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 pública <input type="radio"/> 2		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	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	22.7.1 Tipo de vialidad <b>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal</b>		22.7.2 Nombre de la vialidad <b>22.7.8 Localidad</b>	22.7.6 Nombre del asentamiento humano <b>22.7.9 Municipio o Alcaldía</b>																																																																																																																											
22.7.10 Entidad federativa <b>23. NOMBRE</b> Nombre(s) <b>Alma Juárez</b> Primer Apellido <b>Sanchez</b> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Natalia</b>	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>A1132634</b> Número de la cédula profesional	27. NOMBRE Nombre(s) <b>Jorge</b> Primer Apellido <b>Fabrice</b> Segundo Apellido <b>Henriett</b>																																																																																																																											
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <b>19 de Enero</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>Rayón</b> 29.3 Núm. Exterior <b>914</b> 29.4 Núm. Interior <b>1000</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b>		28. FIRMA <b>Fabrice</b>	29.6 Número del asentamiento humano <b>29.7 Código Postal</b> 29.8 Localidad <b>Rayón</b>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>11 08 2021</b> Día Mes Año	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____																																																																																																																											
31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	32.2 Municipio o Alcaldía _____		32.3 Entidad federativa _____	32.4 Día Mes Año _____																																																																																																																											

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD**