



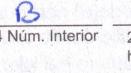
# **SECRETARÍA DE SALUD**

## **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017.1

**212248318**

RECORTE DE LA FALLOTA	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Mg. Robres	Hernández	Cortes				
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO	15 09 1998	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Michoacán			
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP	H E C O 4 8 0 9 1 5 M N N R L O 2	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique			
				Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique	Se ignora <input type="radio"/>			
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"/>			
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 checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/>			
					Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Callijon	Tellaro	10.2 Nombre de la vialidad				
		10.1 Tipo de vialidad		De San Juan				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí			
79960		Tanazunchale	Tanazunchale					
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 checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 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"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora <input type="radio"/>	
						12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	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 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
					14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	109	Calle <input type="radio"/> Barrio <input type="radio"/>	Tanazunchale	Tanazunchale	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad		
	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o Alcaldía		15.6 Nombre del asentamiento humano		
	79960			15.10 Entidad federativa		San Luis Potosí		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	30 07 2021	11 47	Día 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"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)						Usa exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente								
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonia atípica por covid 19 Debido a (o como consecuencia de)  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								
	e) Hipertensión arterial sistémica Diabetes mellitus II							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?						21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión						Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7		
Accidente <input type="radio"/> 1		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9		
Suicidio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 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						22.7.2 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	Leticia	Martínez	Hernández			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Mujer	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	7049363	Número de la cédula profesional		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique					
27. NOMBRE	Brenda Rojas	López	Zavala	28. FIRMA				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	calle	Nicolás Bravo		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	08 08 2021	Día Mes Año		
	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad						
Del Carmen	79960	Tanazunchale						
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad						
Tanazunchale								
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	4833623625	29.11 Teléfono	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	23092021	Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	Tanazunchale		32.4 DÍA	08			
Núm. 01, Libro Núm. 05	32.1 Localidad			Mes	08			
31.1 Acta Núm. 635	32.2 Municipio o Alcaldía			Año	2021			
	32.3 Entidad federativa							
DEL CERTIFICANTE	DEL REG. CIVIL							

**ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD**