



635

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
212248318

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) <u>Ma. Pobres</u> Nombre(s)		<u>Hernandez</u> Primer Apellido		<u>Cortes</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15</u> <u>09</u> <u>1998</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Michoacan</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>HEC0480915MNRRL02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> <u>0</u> <u>2</u> Minutos		Para menores de un día: <u>0</u> <u>0</u> <u>2</u> Horas		Para menores de un mes: <u>0</u> <u>0</u> <u>2</u> Días	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vido(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calliçon</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Barrio</u>		10.2 Nombre de la vialidad <u>Tetlang</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano <u>De San Juan</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>79960</u> 10.7 Código Postal		10.4 Núm. Interior <u>Tamazunchale</u> 10.8 Localidad		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 10.9 Municipio o Alcaldía	
10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <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"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input checked="" 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 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		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input checked="" type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>109</u> 15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior <u>Calliçon</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Barrio</u>		15.2 Nombre de la vialidad <u>Miguel Bravo</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Bel Carmen</u>	
15.7 Código Postal <u>79960</u> 15.8 Localidad <u>Tamazunchale</u>		15.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u>		15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>30</u> <u>07</u> <u>2021</u> <u>11</u> <u>19</u> <u>17</u> 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 PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía atípica por covid 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo <u>Hipertensión arterial sistémica</u> <u>Diabetes mellitus II</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>Horas</u> <u>Días</u> <u>5 años</u> <u>10 años</u>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
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 puerperio <input type="radio"/> 3 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		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	
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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>104</u> <u>B</u> <u>Barrio</u>	
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 Anoté 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 <u>Leticia</u> Nombre(s)		<u>Martinez</u> Primer Apellido		<u>Hernandez</u> Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Moja</u>					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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 <u>7049363</u> Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE <u>Brenda Rocio</u> Nombre(s)		<u>López</u> Primer Apellido		<u>Zavala</u> Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>Brenda Rocio López Zavala</u>					
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Calliçon</u> 29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad <u>Nicolas Bravo</u>		29.3 Núm. Exterior <u>104</u> 29.4 Núm. Interior <u>B</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Barrio</u>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Del Carmen</u>		29.7 Código Postal <u>79960</u>		29.8 Localidad <u>Tamazunchale</u>	
29.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u>		29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		29.11 Teléfono <u>4831361236125</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>08</u> <u>08</u> <u>2021</u> Día Mes Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>01</u> , Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>635</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>S-L-P</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>23</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>			

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