



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017,1

FOLIO
212248322

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) BLANCA ESTELA RODRIGUEZ VILLADA</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO 14 03 1961</p> <p>3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO hidalgo</p> <p>5. CURP ROVB610314HSDL105</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</p> <p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores 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 60 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 02 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) CERRADA VICENTE GUERRERO 10.1 Tipo de vialidad 02 10.2 Nombre de la vialidad EL COYOL</p> <p>10.3 Núm. Exterior 42295 10.4 Núm. Interior EL COYOL 10.5 Tipo de asentamiento humano CHAPULHUACAN 10.6 Nombre del asentamiento humano HIDALGO</p> <p>10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>Bachillerato o <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL trabajadora <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>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 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>13.1 Número de seguridad social o afiliación SSSAA001702</p> <p>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 HOSPITAL COMUNITARIO TAMAUNCHALE <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica HOSPITAL COMUNITARIO TAMAUNCHALE 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 <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN km 6 SAN MARIANO TAMAUNCHALE 15.1 Tipo de vialidad ESTADO LA PITAHAYA 15.2 Nombre de la vialidad LAMARINA 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 04 09 2021 09 20</p> <p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) CASO CONFIRMADO COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo</p> <p>DIABETES MELLITUS TIPO DOS</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>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 <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</p> <p>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad</p> <p>22.7.2 Nombre de la vialidad</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior</p> <p>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>22.7.7 Código Postal</p> <p>22.7.8 Localidad</p> <p>22.7.9 Municipio o Alcaldía</p> <p>22.7.10 Entidad federativa</p> <p>23. NOMBRE ISIDORO ORTIZ MARTINEZ</p> <p>Nombre(s) esposo Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</p> <p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 MÉDICO GENERAL Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique 6931520 Número de la cédula profesional</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p>27. NOMBRE RENDIRA SARAH HERNANDEZ LARA</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>28. FIRMA </p> <p>29. DOMICILIO y TELÉFONO CAPITANIA SAN MARIANO TAMAUNCHALE</p> <p>29.1 Tipo de vialidad LA PITAHAYA 29.2 Nombre de la vialidad 79060 29.3 Núm. Exterior TAMAUNCHALE 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano TAMAUNCHALE 29.7 Código Postal SAN LUIS POTOSI 29.8 Localidad 29.11 Teléfono</p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</p> <p>29.11 Teléfono 04 09 2021 Día Mes Año</p> <p>31.1 Acta Núm. 31.2 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>31.2 Localidad Núm. _____, Libro Núm. _____</p> <p>32. Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año</p> <p>32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año</p>									
---------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

***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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



212248322