



# **SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

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

Modelo 2017.1

FOLIO

212248391

212248391

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A)	FAUSTINO	PEREZ	MARTINEZ			
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO	15   0   2   1   9   5   9 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Santos Reyes	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP	P E H F S 9 0 2 1 5 H S R R S 0 9	Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLA 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 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	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"/> 2	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 1			
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Se ignora <input type="radio"/> C			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Avenida Comunidad</b>	10.1 Tipo de vialidad <b>SN</b>	San Miguel	10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior <b>7   9   9   5   0</b>	10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Manchoc</b>	Manchoc	10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Martin Chalchicuautla</b>			
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="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 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"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6	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 pública <input type="radio"/> 8	Hospital Comunitario Tamaulipas	Vía pública <input type="radio"/> 10 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Otro lugar <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 11		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	carretera	15.1 Tipo de vialidad <b>Riido</b>	San Martín km 6.5	15.2 Nombre de la vialidad <b>La Pitahaya</b>			
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior <b>Le Pitahaya</b>	15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tamaulipas</b>	15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>	15.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	<b>1   1   0   8   2   0   2   1</b>	Día Mes Año	<b>0   0   5   7</b>	Horas Minutos	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	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.)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>12 horas</b>	Uso exclusivo personal codifica <b>J960</b>
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	<b>a) Insuficiencia Respiratoria Aguda</b> Debido a (o como consecuencia de)					<b>4 días</b>	<b>U072</b>
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	<b>b) Caso Sospechoso de Covid - 19</b> Debido a (o como consecuencia de)					<b>4 días</b>	<b>J18</b>
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	<b>c) Neumonía Adquirida en la Comunidad</b> Debido a (o como consecuencia de)					<b>5 años</b>	<b>S11</b>
<b>d) Diabetes Mellitus tipo Dos</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 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 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 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	Uso exclusivo del personal codifica 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 Suicidio <input type="radio"/> 3	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 <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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 <b>Faustino</b>	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hijo</b>			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>11374609</b>			
27. NOMBRE <b>Rosa Elvira</b>	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Número de la cédula profesional			
29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>carretera</b>	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
29.6 Nombre del asentamiento humano <b>La Pitahaya</b>	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	Día	Mes	Año	
29.9 Municipio o Alcaldía <b>Tamaulipas</b>	29.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año	
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año		
DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	DEL FALLECIDO	DEL Domicilio	DEL TELÉFONO	DEL REG. CIVIL	

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA**