



# **SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO  
2212248392212248392212241  
248392

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	ANA MARIA		HERNAN DEEZ	Primer Apellido	Segundo Apellido										
2. FECHA DE NACIMIENTO	06 10 1945	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI									
5. CURP	H E X A 4 S 0 5 0 6 M B P R X N 02		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique								
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Minutos	Para menores de un día	Horas	Para menores de un mes	Días	Para menores de un año	Meses	Para personas de un año o más	0 1 7 5	Se ignora <input type="radio"/> 9				
Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9						
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:															
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			avenida Localidad	10.1 Tipo de vialidad	Cruz Blanca	10.2 Nombre de la vialidad								
143				Localidad	10.5 Tipo de asentamiento humano	Manchoces	10.6 Nombre del asentamiento humano								
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	San Luis Potosi									
7 9 9 6 0			San Martín												
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:	12. OCUPACIÓN HABITUAL									
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Postrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	al hogar	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 99							
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	13.1 Número de seguridad social o afiliación									
	IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99										
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 Rosario Comunitario	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12								
	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	PIS 6 6 0 9 1 0 2	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	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	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa					
		carretera a san martin	7 9 9 6 0		Tamazunchale	San Luis Potosi		La Pitahaya							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	14 0 8 2 0 2 1	Día Mes Año	10 9 5 5	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	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte						
					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		5 Días							
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) Caso sospechoso de Covid 19			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			5 Días								
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	b)	Debido a (o como consecuencia de) Neumonía adquirida en la comunidad			19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			5 Días						
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	c)	Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Hipertension Arterial sistémica.			PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			5 Días			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	d)	Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Hipertension Arterial sistémica.			PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			5 Días			
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	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	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	14. Días.	10 años	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
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													
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)										
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)											
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	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				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												