

SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLÉNAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212248405  
212248405 05212248405 212248405 212248405 212248405

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Honoria Bautista		Primer Apellido	Martinez		Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
	30 12 1939	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	HIJALCO	Entidad Federativa o país (si nació en el extranjero)				
	5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD					
	BAIMH391230NHIATR01	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/> 9				
	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	81	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	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(s) <input type="radio"/> 6	Viudo(s) <input type="radio"/> 2	Casado(s) <input type="radio"/> 25	
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(s) <input type="radio"/> 3	Soltero(s) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)				10.2 Nombre de la vialidad		
	PROLIFERACION				EDAVACION			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	X E LU					
02	COLOMIA	TAMAZUNCHALE	SAN LUIS POTOSI					
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	11.1 La escolaridad seleccionada es:				12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2				AMA DE CASA			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99				Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" 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 type="radio"/> 99	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
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					Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6					Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
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	TAMAZUNCHALE					
39960		TAMAZUNCHALE	SAN LUIS POTOSI					
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa					
16 08 2021	11 85 4	15.6 Nombre del asentamiento humano	SAN LUIS POTOSI					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
16 08 2021	11 85 4	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.1 Parte I				19.2 Parte II			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) NEUMONIA				HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) COVID 19				10 AÑOS			
	c)				10 AÑOS			
	d)							
20. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS				22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
	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?				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
43 días a 11 meses	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?							
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión							
No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3				Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)			
	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7				Granja <input type="radio"/> 7			
	(asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o servicio <input type="radio"/> 5				Otro <input type="radio"/> 8			
	pública <input type="radio"/> 0 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							
	22.7.1 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	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
JUANA RANIERE BAUTISTA	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hija					
Nombre(s)								
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3	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	28. FIRMA							
CLAUDIA HERNANDEZ GARCIA	Primer Apellido	Segundo Apellido						
Nombre(s)								
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad				30. FECHA DE CERTIFICACION			
ZACATLÁN	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	29.7 Código Postal	29.8 Localidad						
TAMAZUNCHALE	29.9 Municipio o Alcaldía	SAN LUIS POTOSI	4469118					
	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
Núm. _____, Libro Núm. _____	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. _____								
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 <sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD								

212248405