



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

212248421

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|---|---|-----------------|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) | Otilio Hernández | Primer Apellido | Agrupina | | | | |
| | Nombre(s) | | Segundo Apellido | | | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | 02081943 | 3. SEXO | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | | | | |
| Día Mes Año | | | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | | |
| 5. CURP | HEAO430802HSPR6701 | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 7. NACIONALIDAD | | | | |
| | | Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → | Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | | |
| 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 | 078 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| Para menores de 28 días anote: | 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | 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 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 | Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 | | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) | | | | | 10.1 Tipo de vialidad | 10.2 Nombre de la vialidad | |
| 10.3 Núm. Exterior | 10.4 Núm. Interior | 10.5 Tipo de asentamiento humano | 10.6 Nombre del asentamiento humano | | | | | |
| 79940 | | Zarzaparral | Tamazunchale | 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 Potosí |
| 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 checked="" 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: | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 | ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 | SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 | Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 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 | SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 | SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 | Hospital Ruiz N. 44 <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | Viaje <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 | | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | Km 3 | Carretera <input type="radio"/> 15.1 Tipo de vialidad | San Martín <input type="radio"/> 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 | | | | | |
| 79960 | | Zarzaparral | Tamazunchale | | | | | |
| 15.7 Código Postal | 15.8 Localidad | 15.9 Municipio o Alcaldía | 15.10 Entidad federativa | San Luis Potosí | | | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | 11082021 | 1745 | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | | | | |
| Día Mes Año | Horas | Minutos | Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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 | | | | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.) | 19.1.1 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | | | | 19.1.2 Causas de la muerte | | |
| PARTE I | a) <i>Namibia pol covid-19</i> Debido a (o como consecuencia de) | | | | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | | |
| Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | | | | | 8 días | | |
| PARTE II | b) <i>Diab-tos Mellitus tip 2</i> Debido a (o como consecuencia de) | | | | | 6 días | | |
| Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo | | | | | | | | |
| 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 después del parto o aborto <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 | El puerperio <input type="radio"/> 3 | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | |
| | | | | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | |
| 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? | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) | | | | |
| Homicidio <input 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 | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 | Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 | Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 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 | Angel | Hernández | Hernández | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | | | |
| Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido | Hijo | | | | | |
| 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 | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | | |
| | | | | 4731994 Número de la cédula profesional | | | | |
| 27. NOMBRE | Jonath | Amor | Tamayo | 28. FIRMA | | | | |
| Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido | | | | | | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO | Carretera San Martín | Km 3 | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 79960 | Zarzaparral | | | | | | | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | 29.7 Código Postal | 29.8 Localidad | | | | | | |
| Tamazunchale | 79960 | San Luis Potosí | | | | | | |
| 29.9 Municipio o Alcaldía | 29.10 Entidad federativa | 29.11 Teléfono | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | | |
| Núm. 01, Libro Núm. 05 | 32.1 Localidad | Tamazunchale | | 11082021 | | | | |
| 31.1 Acta Núm. 452 | 32.2 Municipio o Alcaldía | S.C.P. | | | | | | |
| | 32.3 Entidad federativa | | | | | | | |
| | 32.4 Día | | | | | | | |
| | 32.5 Mes | | | | | | | |
| | 32.6 Año | | | | | | | |
| DEL REG. CIVIL | DEL INF. | DEL CERTIFICANTE | DEL FALLECIDO | | | | | |

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