



## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

## ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FEUILLE

212248433

212248433

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Rosa	Guevara	Martinez																							
2. FECHA DE NACIMIENTO	04 09 1951	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9																							
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SLP	5. CURP	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)																							
GUNRSI0904MSPVR01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9																							
8. EDAD	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																					
CUMPLIDA	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos																					
9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5																							
10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle. Juarez		7. NACIONALIDAD	Se ignora <input type="radio"/> 9																						
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1																							
55	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.6 Nombre del asentamiento humano																							
79970	Chalchocoyo	Matlapa	SLP																							
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	13.1 Número de seguridad social o afiliación																						
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2																					
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	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Nombre de la unidad médica																					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12																						
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	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															
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día 11	Mes 08	Año 2021	Horas 10	Minutos 54	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.)	19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente										19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				19.3 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				19.4 Causas de la muerte a) Insuficiencia respiratoria aguda b) Neumonía atípica por covid 19 c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)				19.5 Causa básica de defunción Insuficiencia renal crónica DM II 7 años 20 años			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	Código CIE										Uso exclusivo del personal codificador				Código CIE											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte																			
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	41 hrs	3 días	7 años	20 años																
43 días a 11 meses	44 días a 11 meses	45 días a 11 meses	46 días a 11 meses	47 días a 11 meses	48 días a 11 meses	49 días a 11 meses	50 días a 11 meses	51 días a 11 meses	52 días a 11 meses	53 días a 11 meses	54 días a 11 meses															
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto accidente		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)																			
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6	(taller, fábrica u oficina)																		
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7	(rancho o parcela)																			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	Otro <input type="radio"/> 9																			
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	Rosa Idalia	Godínez	Guevara	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	H. ja																					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	25. CERTIFICADA POR																							
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO																							
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	7049363																							
*Especifique				Número de la cédula profesional																						
27. NOMBRE	Brenda Rocio	Lopez	Zavala.	28. FIRMA	B. del																					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	29. DOMICILIO Y TELÉFONO																							
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																						
Carmen	79960	104	104	29.6 Nombre del asentamiento humano																						
Tamazunchale	SLP	29.7 Código Postal	29.8 Localidad																							
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono																								
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	13082021																									
Día	Mes	Año																								
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO																									
Núm. <input type="radio"/> 01	Libro Núm. <input type="radio"/> 05																									
31.1 Acta Núm. <input type="radio"/> 00167	32.1 Localidad <input type="radio"/> 1																									
32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa <input type="radio"/> 1																									
32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año																								

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