



## **SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

212248443

212248443

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	MA. INES	VAZQUEZ	MARQUEZ	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	25   08   1943	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
Día	Mes	Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP	V A M I 4 3 0 8 2 5 M B P Z R N 00			6. ¿HABLA 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 → Se ignora <input type="radio"/> 9
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 Años cumplidos
					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
					Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) calle 27			10.1 Tipo de vialidad	Cuauhtémoc
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	MATLAPA	10.6 Nombre de la vialidad	COL. 12 DE OCTUBRE
79970				10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	San Luis Potosí
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Primaria <input type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8	Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL
				Completa <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Incompleta <input type="radio"/> 2	Labores del Hogar
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	8.2 Semanas de gestación:	10.2 Nombre de la vialidad
				Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	COL. 12 DE OCTUBRE
				Se ignora <input type="radio"/> 9	10.6 Nombre del asentamiento humano
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
				Hospital Básico Comunitario	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
79960			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	16.1 Fecha	16.2 Hora	16.3 Minuto	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
45   08   2021	Dia	14   25	Horas	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
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	<b>Insuficiencia Respiratoria Severa</b>				
a)	Debido a (o como consecuencia de)				
b)	Caso Confirmado Covid-19				
c)	Neumonía Adquirida en la comunidad				
d)					
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo	<b>Hipertension Arterial sistémica</b>				
	<b>Diabetes Mellitus tipo 2</b>				
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador		
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	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	1 dia	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
				8 dias	
				8 dias	
				20 años	
				30 años	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Uso exclusivo del personal codificador			
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Asilo, orfanato, etc. <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
	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	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	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
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		
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>					
<b>DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>					