



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212248444

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		ROBERTA	HERNANDEZ	MIGUEL	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
21	103	1948	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	S. L. P.	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
Dia	Mes	Año						
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD					
HEMR480321MSHRGBOO		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	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 Años cumplidos		
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	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 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		La Pila de Agua				
2	rural	10.1 Tipo de vialidad	Tlalnepantla			10.2 Nombre de la vialidad Tlalnepantla		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Tlazunchale			10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí		
79960		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
10.7 Código Postal								
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL				
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	laborer del hogar		Se ignora <input type="radio"/> 99		
Bachillerato <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 type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
preparatoria								
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		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital Nación Comunitario		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	SNSAOP1103				
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad carretera		15.2 Nombre de la vialidad a San Martín			15.6 Nombre del asentamiento humano La Pitahaya	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o Alcaldía			15.10 Entidad federativa		
79960		La Pitahaya	Tlazunchale			San Luis Potosí		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
		15	08	2021	19:25		Si <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 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			19.3 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
		a) Insuficiencia Respiratoria aguda		3 días				
		Debido a (o como consecuencia de)		7 días			U071	
		b) Caso Confirmado Covid-19		7 días			J18	
		Debido a (o como consecuencia de)		25 años			811	
		c) Neumonía Adquirida en la Comunidad						
		d) Diabetes Mellitus tipo 2						
19.4 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo								
20. 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?			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador
El embarazo <input type="radio"/> 1		No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5						
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4								
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)				
Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)				
Suicidio <input type="radio"/> 3		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)				
Se ignora <input type="radio"/> 9				Otro <input type="radio"/> 8				
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		Se ignora <input type="radio"/> 9				
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							22.7.10 Entidad federativa	
22.7.8 Localidad								
22.7.9 Municipio o Alcaldía								

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE SALUD EN PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS