



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212248449

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

DE LA DEFUNCIÓN	1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Jose Rivera Castro	3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
	2. FECHA DE NACIMIENTO 20/03/1931	5. CURP R1CJ310320HS PV5507	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora
	7. NACIONALIDAD Mexicana	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: 090 Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) Calle Las Alumbas 27 Bamo thmedio	10.3 Núm. Exterior: 79970 10.4 Núm. Interior: 0 10.5 Tipo de asentamiento humano: Matlapa 10.6 Nombre del asentamiento humano: SLD	10.7 Código Postal: 79970 10.8 Localidad: Matlapa 10.9 Municipio o Alcaldía: SLD 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SLD
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL No ocupado	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora	13.1 Número de seguridad social o afiliación HERE 79050251	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: ISSSTE 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): S/A	14.3 Nombre de la vialidad: Boulevard 14.4 Nombre de la vialidad: Pueblo 14.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 14.6 Nombre del asentamiento humano: SLD	14.7 Tipo de vialidad: SLD 14.8 Tipo de asentamiento humano: SLD
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior: 79960 15.2 Núm. Interior: 0 15.3 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 15.4 Nombre del asentamiento humano: SLD	15.5 Código Postal: 79960 15.6 Localidad: Tamazunchale 15.7 Municipio o Alcaldía: SLD 15.8 Entidad federativa: SLD	15.9 Tipo de asentamiento humano: SLD 15.10 Entidad federativa: SLD
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21/08/2021 06:20	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Síndrome de dificultad respiratoria Aguda 1 hora Debido a (o como consecuencia de): Namoma por Sars Cov 2 b) Caso confirmado Covid 19 Debido a (o como consecuencia de): 10 días c) 17 días d) 17 días PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo:	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 10 días	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): 10 días	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 17 días 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 17 días	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: SLD 22.7.2 Nombre de la vialidad: SLD 22.7.3 Núm. Exterior: SLD 22.7.4 Núm. Interior: SLD 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: SLD 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: SLD 22.7.7 Código Postal: SLD 22.7.8 Localidad: SLD 22.7.9 Municipio o Alcaldía: SLD 22.7.10 Entidad federativa: SLD	
23. NOMBRE Rosa Rivera Hernandez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: 109080493	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 109080493		
27. NOMBRE Luis Hernandez Hernandez	28. FIRMA Luis Hernandez Hernandez		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard 29.2 Nombre de la vialidad: ISSSTE 29.3 Núm. Exterior: 79960 29.4 Núm. Interior: 0 29.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 29.6 Nombre del asentamiento humano: SLD 29.7 Código Postal: 79960 29.8 Localidad: Tamazunchale 29.9 Municipio o Alcaldía: SLD 29.10 Entidad federativa: SLD 29.11 Teléfono: 4033621190	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 21/08/2021		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <input type="text"/> Libro Núm. <input type="text"/> 31.1 Acta Núm. <input type="text"/>	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <input type="text"/> 32.2 Municipio o Alcaldía: <input type="text"/> 32.3 Entidad federativa: <input type="text"/> 32.4 Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

16 SEP 15 2021