



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

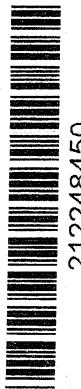
FOLIO

212248450

SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARS DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARS

DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS DEL CERTIFICANTE DEL REG. CIVIL	1. NOMBRE DEL (LA) FALLECIDO(A) ANTONIO		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO HIDALGO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		MORALES				
	2. FECHA DE NACIMIENTO 1 3 0 6 1 9 4 9 Día Mes Año		5. CURP B A M A 4 9 0 6 1 3 H H G T R N 0 2		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="checkbox"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique				
	8. EDAD CUMPLIDA de una hora		Para menores de un día Minutos		Para menores de un mes Horas		Para menores de un año Días				
	Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):				
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)				10.4 Núm. Exterior 10.5 Tipo de vialidad BARRIO		10.11 Nombre de la manzana ALVARO OBREGON				
	10.3 Núm. Interior		10.6 Número del asentamiento humano SAN JOSE		10.7 Código Postal		10.9 Municipio o Alcaldía TAMAZUNCHALE				
	10.8 Localidad		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) SAN LUIS POTOSI		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 2				
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL NO OCUPADOS		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Tamazunchale				
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SN		15.2 Nombre del asentamiento humano PUEBLO		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de vialidad BOULEVARD				
	15.6 Nombre del asentamiento humano Tamazunchale		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía TAMAZUNCHALE				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2 4 0 8 2 0 2 1 1 8 5 0 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Se ignora		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="checkbox"/> 1 Si <input checked="" type="checkbox"/> 2 No		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a NEUMONIA POR SARCOV-2 Debido a (como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b SEPSIS Debido a (como consecuencia de) c DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO Debido a (como consecuencia de) d ENFERMEDAD CRONICA AGUDIZADA Debido a (como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo DM 2 DESCONTROLADA - HIPERGLUCEMIA 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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9 Se ignora		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial <input type="checkbox"/> 6 Rancho o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 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 Número 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 ELIVERIO Nombre(s)		BAUTISTA Primer Apellido		CASTILLO Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO(A) <input type="checkbox"/> 1 2					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 4469118		27. NOMBRE CLAUDIA Nombre(s)		28. FIRMA					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO BOULEVARD 29.6 Nombre del asentamiento humano ZACATIPAN		29.7 Código Postal		29.8 Localidad TAMAZUNCHALE		29.9 Núm. Exterior 29.10 Entidad federativa PUEBLO					
29.7 Núm. Interior		29.9 Municipio o Alcaldía		29.11 Teléfono		29.4 Núm. Interior 29.12 Número de teléfono					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Número _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa					
31.1 Acta Núm. _____		32.4 Dia Mes Año		32.4 Dia Mes Año		32.4 Dia Mes Año					

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



212248450