



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248450

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.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(DEL LA) FALLECIDO(A) ANTONIO BAPTISTA MORALES		2. FECHA DE NACIMIENTO 1 3 0 6 1 9 4 9		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO HIDALGO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
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? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> 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: 7 2	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): CALLE ALVARO OBREGON		10.1 Tipo de vivienda BARRIO		10.2 Nombre de la vivienda SAN JOSE		10.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0	
10.4 Núm. Interior:		10.5 Tipo de asentamiento humano TAMAZUNCHALE		10.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE		10.7 Código Postal: 7 9 9 6 0	
10.8 Localidad:		10.9 Municipio o Alcaldía TAMAZUNCHALE		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) SAN LUIS POTOSI		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL NO OCUPADOS		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación BACE770903/5		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <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"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica Tamazunchale		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) S P I S T 0 0 0 0 1 4 2	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN BOULEVARD		15.1 Tipo de vivienda PUEBLO		15.2 Nombre de la vivienda Tamazunchale		15.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0	
15.4 Núm. Interior:		15.5 Tipo de asentamiento humano TAMAZUNCHALE		15.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE		15.7 Código Postal: 7 9 9 6 0	
15.8 Localidad:		15.9 Municipio o Alcaldía TAMAZUNCHALE		15.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2 4 0 8 2 0 2 1 1 8 5 0	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) NEUMONIA POR SARCOV-2 Debido a (o como consecuencia de) SEPSIS Debido a (o como consecuencia de) DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO Debido a (o como consecuencia de) ENFERMEDAD CRONICA AGUDIZADA Debido a (o como consecuencia de) DM 2 DESCONTROLADA - HIPERGLUCEMIA		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 8 DÍAS 8 DÍAS 8 DÍAS 8 DÍAS 2 AÑOS	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		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? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.1 Fue un presunto 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
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 ELIVIERIO BAPTISTA CASTILLO		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO(A)		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 4469118	
27. NOMBRE CLAUDIA HERNANDEZ GARCIA		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda BOULEVARD		29.2 Nombre de la vivienda BOULEVARD ISSSTE	
29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano ZACATIPAN		29.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE	
29.7 Código Postal 7 9 9 6 0		29.8 Localidad TAMAZUNCHALE		29.9 Municipio o Alcaldía SAN LUIS POTOSI		29.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 2 4 0 8 2 0 2 1		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía	
32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año	

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