



**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248455

212248455

DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Flora	Muriel	Bautista	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	13/10/1959 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP	MABF591013MISPRTL09	Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 Otra <input type="radio"/> 2 → 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 161 Se ignora <input type="radio"/> 99
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 En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	10.1 Tipo de vialidad Calle	10.2 Nombre de la vialidad Morelos
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	10.3 Núm. Exterior 79950	10.4 Núm. Interior Ayacucho	10.5 Tipo de asentamiento humano Se Madero Chuburná de Palma	10.6 Nombre del asentamiento humano Col. Morelos	
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99		
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 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	13.1 Número de seguridad social o afiliación				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica Sist. Madero 14611	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN S/N	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Núm. Exterior 79960	15.4 Núm. Interior Zona 14	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano Col. Morelos		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa Se Madero Chuburná de Palma		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13/10/2021 10:54:15 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria Debido a (o como consecuencia de)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 hrs.	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía por SARS Cov-2 Debido a (o como consecuencia de)			4 días	
	c) Diabetes Mellitus tipo 2 Debido a (o como consecuencia de)			Un mes	
	d) Hipertensión Arterial Sistémica Debido a (o como consecuencia de)			5 años.	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produce	Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión Arterial Sistémica			Uso exclusivo del personal codificador 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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	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"/> 99	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (vía pública) Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8	
22.4 Anote 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 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		