



# **SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Models 2017.1

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Feliz	Romero	Garcia	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	21 09 1943	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	S.L.P.
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP	LOGF430921HSPMRLO7	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/>
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
8. EDAD	1077	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	10.2 Nombre de la vialidad	Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10.1 Tipo de vialidad	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Carretera Barrio	Mexico Laredo	San Rafael	S.L.P.
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.11 Entidad federativa
79960		Tamazunchale			
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"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/>	Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Ing. Electricista. Se ignora <input type="radio"/>
	O1 O12 O3 O5	O7 O8 O10 O99	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10.9 Municipio o Alcaldía
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	13.1 Número de seguridad social o afiliación
Secretaría de Salud	O1 IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>			Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/>	O2 O4 O6 O8 O9				Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	SIN	Carretera Barrio	Mexico Laredo	San Rafael	15.10 Entidad federativa
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	SIN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	
79960		Tamazunchale			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17 08 2021	15.11 Horas 15.12 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año			Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Causas antecedentes Estados morbosos, si existe alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonia atípica por covid 19 Debido a (o como consecuencia de)				3 min.
	c) Debido a (o como consecuencia de)				
	d) Debido a (o como consecuencia de)				
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
21. 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?
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	O4	O5			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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"/> Suicidio <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			Se ignora <input type="radio"/>	
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			
79960					
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE	Ivan	Romero	Hipolito	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hijo		
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	7049363
				Número de la cédula profesional	
*Especifique					
27. NOMBRE	Brenda Rocio Lopez	Zavala		28. FIRMA	Katrin
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO	C Nicolas Bravo 104	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior
		79960			29.5 Tipo de asentamiento humano
29.6 Nombre del asentamiento humano					
Tamazunchale					
29.9 Municipio o Alcaldía	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
			SLP.		17 08 2021
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm. 01, Libro Núm. 05	32.1 Localidad	Tamazunchale	S.L.P.	32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Núm. 476	32.2 Municipio o Alcaldía		19082021	32.4 Día	
				32.5 Mes	
				32.6 Año	
DEL REG. CIVIL	DEL INF.	DEL CERTIFICANTE	DEL FALLECIDO	DEL Domicilio	DEL TELÉFONO

**ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD**