



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
212248476

502

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO (A)		Fortina		Chavarria		Montes			
	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
DE LA DEFUNCIÓN	2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
	12081966		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
	5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD					
	CAMF660812MHGHNK07		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input checked="" type="radio"/> 2 → Especifique		Se ignora <input type="radio"/> 9			
	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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
									Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	
									Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL		Calle Barrio		Paseo San Miguel		10.2 Nombre de la vialidad			
	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano			
111		79960		10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		
10.3 Núm. Exterior				10.1 Tipo de vialidad		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 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 <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		IMSS <input checked="" 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		1915913796-7		
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 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		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		21		Calle 20 de Noviembre		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		
						Tamaulipas		San Luis Potosí		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		21082021		1920		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día		Mes		Año		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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) Neumonía por SARS COV 2		19 días								
Debido a (o como consecuencia de)										
Causes antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica										
b) Debido a (o como consecuencia de)										
c) Debido a (o como consecuencia de)										
d) Debido a (o 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										
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
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"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 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 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				
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE		Gabriel Ibarra Cruz		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Yerno				
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		7049363				
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique		Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE		Brenda ROCO Lopez Zavala		28. FIRMA						
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido						
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Calle Nicolas Bravo 104		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		
Del Carmen		79960								
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Tamaulipas								23082021		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa						Día Mes Año		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa								
31.1 Acta Núm. 502		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		Tamaulipas		24082021		
		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa						

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

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
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

212248476