



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO  
212248482  
Modelo 2017-1

\*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 PARTICULARS

212248482

1. NOMBRE DEL(a) FALLECIDO(A)		Nombre(s) <b>GILBERTO SANTAZAR HERNANDEZ</b>	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
1.5	07	1	990
Dia	Mes	Año	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP	
S10H900071618P1R104		S10H900071618P1R104	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/>	
8. EDAD		9. ESTADO CONYUGAL	
Para menores de una hora		Separado(a) <input type="checkbox"/>	
Minutos		Casado(a) <input type="checkbox"/>	
Para menores de un día		Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	
Horas		Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/>	
Para menores de un mes		Se ignoran <input type="checkbox"/>	
Días			
Para menores de un año		Años cumplidos	
Meses			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
		(gramos):	
8.3 Peso (gramos):		8.4 Se ignoran	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda	
Anote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a)		10.2 Nombre de la vivienda	
2		Tancítaro	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	
10.3 Núm. Exterior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
791950		Llomentito	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Bachillerato <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.2 Trabajaba <input type="checkbox"/>	
preparatoria		11.3 Nombre de la unidad médica	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		11.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Hospital Comunitario Tancítaro		11.5 Seg. Popular / INSABI <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Hospital Comunitario Tancítaro		11.6 Vía pública <input type="checkbox"/> Otra lugar <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		11.7 Municipio o Alcaldía	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		11.8 Localidad	
15.1 Tipo de vivienda		11.9 Municipio o Alcaldía	
15.2 Nombre de la vivienda		11.10 Entidad federativa	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.6 Código Postal		15.7 Localidad	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. J. TIPO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
20082021	0005	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se ignora <input type="checkbox"/>
Dia	Mes	Año	Horas
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		19.1 Enfermedad o lesión que produjo la muerte directamente	
d)		a) Iniciativa Respiratoria Aguda	
Parte II		Debido a (o como consecuencia de)	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		b) Caso Sospechoso de Covid-19	
21. SILA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		c) Debido a (o como consecuencia de)	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		d) Debido a (o como consecuencia de)	
El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/>		22. SILA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
43 días a 11 meses		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
después del parto o aborto <input type="checkbox"/> Últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la relación que tenía el fallecido(a) presunto agresor con él(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Su trabajo? <input type="checkbox"/>		22.5 La definición fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/>		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 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Ana trabarita Salazar Hernández		Hernández	
Nombre(s)		Primer Apellido	
Secondo Apellido		25. CERTIFICADA POR	
Medico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>		7134609	
27. NOMBRE		*Especifique	
Rosa Elvira Lara		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Segundo Apellido	
La Pitahaya		29.2 Nombre de la vivienda	
29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.4 Municipio o Alcaldía		29.5 Tipo de asentamiento	
29.5 Número del asentamiento humano		29.6 Localidad	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Acta Núm. _____		32.1 Localidad	
32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	
32.4 Dia		32.5 Mes	
32.6 Año		32.7 Año	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
20082021		20082021	
DIA		MES	
AÑO		AÑO	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA

INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD