



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO
212248483

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A)		Nombre(s)		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Segundo Apellido	
MAURICIO		MARTINEZ		ACUSTINA		SAN LUIS POTOSI			
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
22 09 1993		9							
5. CURP		M A M 3 9 0 9 2 2 H S P R G R 0 5		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD	
						Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Mexicana <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 02 → Especificque	
8. EDAD CUMPLIDA de una hora		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anoté el domicilio permanente donde vivía ella) fallecido(a)		10.1 Tipo de Vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
89									
10.3 Num. Exterior		10.4 Num. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano			
791850		LATAXO		SAN MARTIN CALCHICHUQUILLA SAN LUIS POTOSI					
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"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 02 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Bachillerato <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02		12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08				13.1 Número de seguridad social o afiliación			
IMSS <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 privada <input type="radio"/> 09									
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Número de seguridad social o afiliación	
				SPS 51001703		Hogar <input type="radio"/> 01 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de Vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Nombre del asentamiento humano		15.4 Entidad federativa	
15.3 Num. Exterior		15.4 Num. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Entidad federativa	
79960		ESTIDO LA PIRAMITA		TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI					
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día Mes Año		Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
21 08 2021		21 10 45				Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: parto cardíaco, asfénia, etc.)		a) b) c) d)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador		Código CIE	
Insuficiencia respiratoria aguda		Debido a (o como consecuencia de) CASO SOS PROHOSO DE COVID 19		7 días					
Causas antecedentes		Debido a (o como consecuencia de) AUTOMOVIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD		7 días					
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada en el último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)		15 años					
PARTE II		Otras causas patológicas significativas (relacionadas con la enfermedad o estado morbooso 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	
El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03				Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con ella) fallecido(a)	
Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09				Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 de servicio público <input type="radio"/> 05			
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 Anoté 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 Num. Exterior		22.7.4 Num. Interior	
22.7.3 Num. Exterior		22.7.4 Num. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Entidad federativa	
22.7.3 Num. Exterior		22.7.4 Num. Interior							
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A)	
LOIS MARTINEZ		MARTINEZ		ACUSTINA					
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico* <input type="radio"/> 03		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		Número de la cédula profesional		28. FIRMA	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04		Autoridad civil* <input type="radio"/> 05 Otro* <input type="radio"/> 08							
27. NOMBRE		Nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
MATIAS DE JESUS SANCHEZ ESPINOSA								Día Mes Año	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de Vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Num. Exterior		29.4 Num. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Entidad federativa		29.10 Teléfono	
TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI		79960		ESTIDO LA PIRAMITA					
31.1 Acta Num.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	

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

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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