



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

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

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

MAP IN THE SCIENTIFIC

卷之三

1. NOMBRE DEL(FE)LA FALLECIDO(A)				MAURICIO MARTINEZ AGUSTINA					
2. FECHA DE NACIMIENTO		Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				
Dia	Mes	Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> Ignora <input type="radio"/>	SANTOS POTOSI				
5. CURP				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
M	A	M	3	9	0922HSPRGR05	Se Ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Ignora <input type="radio"/>			
8. EDAD				Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	
				Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	7. NACIONALIDAD	10. RESIDENCIA HABITUAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas	8.3 Peso (gramos):	Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vivienda(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Soltero(a) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Anote el domicilio permanente donde vivía ella(fallecido(a))	
10.3 Núm. Exterior				10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	
79850				LALAZO	SAN MARTIN CHACALA TAMAULIPAS POTOSI	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa	10.11 Número de la vialidad	
11. ESCOLARIDAD				11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	13.1 Número de seguridad social o afiliación	14.1 Nombre de la unidad médica	15.1 Tipo de validad	
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba si <input type="radio"/> 1	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15.2 Nombre de la vialidad	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8	12.2 Se ignora <input type="radio"/> 2	14.3 Vía publica <input type="radio"/> 10	Otro <input type="radio"/> 12		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				13.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.3 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.4 Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99	15.3 Núm. Exterior	
Secretaria de Salud <input type="radio"/> 1	I MSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica <input type="radio"/> 9	14.5 S P 5 S 1 1 0 1 1 7 0 3	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	
I MSS BENESTAR <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	14.6 S P 5 S 1 1 0 1 1 7 0 3	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				15.10 Entidad federativa	15.11 Número de la vialidad	15.12 Causas antecedentes	15.13 Entidad federativa	15.14 Entidad federativa	
CALLE 15 DE MARZO 1500 SAN MIGUEL TAMAULIPAS KM 6.5				15.10 Entidad federativa	15.11 Número de la vialidad	Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada anteriormente mencionándose en su último lugar la causa básica	15.13 Número de la vialidad	15.14 Número de la vialidad	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN				16.1 La fecha y hora de la defunción	16.2 La hora en que ocurrió la defunción	16.3 La hora en que ocurrió la defunción	16.4 La hora en que ocurrió la defunción	16.5 La hora en que ocurrió la defunción	
Dia	Mes	Año	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	
21	10	2021	104	5	104	5	104	5	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada rengón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				17.1 Causas de la defunción	17.2 Causas de la defunción	17.3 Causas de la defunción	17.4 Causas de la defunción	17.5 Causas de la defunción	
PARTE I				17.6 Causa principal	17.7 Causa secundaria	17.8 Causa terciaria	17.9 Causa cuaternaria	17.10 Causa quinta	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte, pero no relacionados directamente con la enfermedad o estado				c)	d)	e)	f)	g)	
a)				Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	
b)				Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	
c)				Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	
d)				Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II				18.1 Causas de la defunción	18.2 Causas de la defunción	18.3 Causas de la defunción	18.4 Causas de la defunción	18.5 Causas de la defunción	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado				18.6 Causas de la defunción	18.7 Causas de la defunción	18.8 Causas de la defunción	18.9 Causas de la defunción	18.10 Causas de la defunción	
morboso que la produjo				18.11 Causas de la defunción	18.12 Causas de la defunción	18.13 Causas de la defunción	18.14 Causas de la defunción	18.15 Causas de la defunción	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS				21.1 Causas de la defunción	21.2 Causas de la defunción	21.3 Causas de la defunción	21.4 Causas de la defunción	21.5 Causas de la defunción	
El embarazo <input type="radio"/> 1				El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Parto o puerperio?	Parto o puerperio?	Parto o puerperio?	
43 días a 11 meses				No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:				22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Área industrial (taller, fábrica o obra)	22.5 Área deportiva (estadio, cancha o campo)	22.6 Área comercial (tienda, oficina, etc.)	22.7 Área pública (paseo, calle, etc.)	
Accidente <input type="radio"/> 1				Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 0	Viviendo particular <input type="radio"/> 0	Calle o carretera <input type="radio"/> 3	Rancho o parcela <input type="radio"/> 7	Oficina <input type="radio"/> 8	
Homicidio <input type="radio"/> 2				Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 0	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Otro <input type="radio"/> 8	Otro <input type="radio"/> 8	
Suicidio <input type="radio"/> 3				Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela o oficina <input type="radio"/> 2	Área comercial o 5	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta numero:				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				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	25. CERTIFICADA POR				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
TUES MARTINEZ BAUSTA				24.1 Segundo Apellido	Médico tratante <input type="radio"/> 1				4431865
Nombre(s)				24.2 Segundo Apellido	Médico legista <input type="radio"/> 2				24.3 Número de la cédula profesional
Primer Apellido				24.3 Segundo Apellido	Otro médico* <input type="radio"/> 3				28. FIRMA
25.1 Personas autorizadas por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4				25.2 *Especifique	Otro* <input type="radio"/> 8				
27. NOMBRE				27.1 Segundo Apellido	27.2 Segundo Apellido				
WATIAS DE JESUS SANCHEZ SPINOSA				27.3 Segundo Apellido	27.4 Segundo Apellido				
Nombre(s)				27.5 Segundo Apellido	27.6 Segundo Apellido				
Primer Apellido				27.7 Segundo Apellido	27.8 Segundo Apellido				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO				29.1 Tipo de vialidad	29.2 Número de la vialidad				29.3 Núm. Exterior
CARRETERA SAN MARTIN TAMAULIPAS KM 6.5				29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano				29.6 Número del asentamiento humano
Nombre(s)				29.5 Número de la vialidad	29.6 Número del asentamiento humano				29.7 Código Postal
Libro Núm.				29.7 Número de la vialidad	29.8 Localidad				29.9 Municipio o Alcaldía
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm.				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad				32.2 Municipio o Alcaldía
31.1 Acta Núm.				32.1 Localidad	32.3 Entidad federativa				32.4 Día Mes Año