SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212248484

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A): Nombre(s): maria juana; Primer Apellido:; Segundo Apellido:

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 08 Mes 10 Año 1952

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): san luis potosi

5. CURP: JUXM521008MSPNKR07 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Otra ●2 → Especifique: Se ignora ○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 personas de un año o más: Años cumplidos 68; Se ignora ○9

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) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad: calle
10.2 Nombre de la vialidad: rio moctezuma
10.3 Núm. Exterior: 3
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano:
10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal: 79960
10.8 Localidad: xeltipa
10.9 Municipio o Alcaldía: tamazunchale
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): san luis potosi

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ●3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ●1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: al hogar; Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ●1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seg. Popular / INSABI ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS BIENESTAR ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación:

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ●1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS BIENESTAR ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: hospital integral tamazunchale
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA001703

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: carretera
15.2 Nombre de la vialidad: a san martin
15.3 Núm. Exterior: km 6.5
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: rancho
15.6 Nombre del asentamiento humano: la pitahaya
15.7 Código Postal: 79960
15.8 Localidad:
15.9 Municipio o Alcaldía: tamazunchale
15.10 Entidad federativa: san luis potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 26 Mes 08 Año 2021 Horas 24 Minutos 00

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí ○1 No ●2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) insuficiencia respiratoria	3 dias	
	Debido a (o como consecuencia de):		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) neumonia adquirida en la comunidad	3 dias	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	c) caso confirmado de covid 19	3 dias	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	dibetes mellitus tipo 2	18años	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Escuela u oficina pública ○2 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a):
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:

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): hernesto; Primer Apellido: morales; Segundo Apellido: rubio

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique:

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 12043847

27. NOMBRE: Nombre(s): gloria elizet; Primer Apellido: baltierra; Segundo Apellido: del angel

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: carretera
29.2 Nombre de la vialidad: a san martin
29.3 Núm. Exterior: km 6.5
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: rancho
29.6 Nombre del asentamiento humano: la pitahaya
29.7 Código Postal: 79960
29.8 Localidad:
29.9 Municipio o Alcaldía: tamazunchale
29.10 Entidad federativa: san luis potosi
29.11 Teléfono: 4833623998

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 26 Mes 08 Año 2021

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm._____, Libro Núm._____
31.1 Acta Núm._____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad:
32.2 Municipio o Alcaldía:
32.3 Entidad federativa:
32.4 Día Mes Año

212248484

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