



**\*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

212248488

**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

212248488  
2122481882124848821224848821  
**212248**  
FOLIO  
REQUERIDO 2017

**Primer Apellido**

## Segundo Apellido

1. NOMBRE DE (DE LA) FALLECIDO(A)				Primitacia Hernández			
2. FECHA DE NACIMIENTO 2   3   0   5   1   9   3   9				3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> ignora <input type="radio"/> 9			
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Nayarita		5. CURP L   T   G   T   3   9   0   5   2   3   M   N   G   R   H   P   0   8					
6. JUBILACIÓN 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): 8.4 Lugar de nacimiento:				7. NACIONALIDAD Mexicano <input checked="" type="radio"/> 1 Otro <input type="radio"/> 2 → Especifique			
8. EDAD COMPLIDA de una hora Minutos				9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)				10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Núm. Exterior 9   4   2   3   4				10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Localidad Pisaflores			
10.6 Nombre del asentamiento humano Ridado				10.7 Código Postal 6   5   9   6   0			
10.8 Localidad Pisaflores				10.9 Municipio o Alcaldía La Gargantilla			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" 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				11.1 La escolaridad seleccionada es: 11.2 Clave Unida de Establecimientos de Salud (CUES) Hospital General de Tangazunchale			
12. OCCUPACIÓN HABITUAL Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 IMSS BENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4				12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6				13.1 Número de seguridad social o afiliación SEMAR <input type="radio"/> 7 PEMEX <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 10 Unidad médica <input type="radio"/> 9			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN EN 6.5				14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Tangazunchale			
15.3 Núm. Exterior 7   9   9   6   0				15.4 Núm. Interior 9   1   0   0   5   3			
15.5 Tipo de asentamiento humano Ridado				15.6 Nombre del asentamiento humano Tangazunchale			
15.7 Código Postal 2   8   0   8   2   0   2   1   0   0   5   3				15.8 Localidad Tangazunchale			
15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí				15.10 Entidad federativa Nayarita			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos				17. ¿TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input 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				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 8 días			
a) <b>Causas antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en su último lugar la causa básica				b) <b>Causas de la defunción</b> Debido a (o como consecuencia de) Caso sospechoso de Covid-19 Neumonía Adquirida en la comunidad			
c) Debido a (o como consecuencia de)				d) Debido a (o como consecuencia de)			
21. SÍ LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input checked="" type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 después del parto o aborto <input type="radio"/> 5				21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Parto o puerperio <input type="radio"/> 1 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 22.1 Fue un presunto Accidente <input checked="" type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3				22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 1 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 2 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22.4 Causa de la lesión El presunto accidente se produjo en el trabajo? <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				22.5 Modo de morir Fallecimiento <input type="radio"/> 1 Muerte súbita <input type="radio"/> 2 Paro cardíaco <input type="radio"/> 3 Respiratorio <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 5			
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio.				22.7.1 Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				22.7.2 Nombre de la vialidad Comunitario			
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior				22.7.6 Nombre del asentamiento humano Tangazunchale			
22.7.7 Código Postal				22.7.8 Localidad Tangazunchale			
22.7.9 Municipio o Alcaldía Tangazunchale				22.7.10 Entidad federativa Nayarita			
23. NOMBRE Prudencio Pérez Félix				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Yerno			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Oficialia o Juzgado <input type="radio"/> 5				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Medico General <input type="radio"/> 3 *Especifique			
27. NOMBRE Angel Sanchez Pacheco				28. FIRMA de San Luis Potosí Hospital Básico			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Tangazunchale				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 29.7 Código Postal 4833602657			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm., Libro Núm.				29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Tangazunchale				29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono			
32.1 Localidad				29.12 Municipio o Alcaldía			
32.2 Municipio o Alcaldía				32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año			