

**SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

**212248517**

DE FALLECIDO	1. NOMBRE DILO(LA) FALLECIDO(A)		Javier Martinez		Primer Apellido	Bautista	Segundo Apellido		
	Día	Mes	Año						
2. FECHA DE NACIMIENTO	24	11	1971	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SLP		
5. CURP	MABJI11124HSPRTVOZ			6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <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	049	Se ignora <input type="radio"/>		
CUMPLIDA	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos				
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			10.1 Tipo de vialidad	Conocido	10.2 Nombre de la vialidad	Rancho Nuevo		
23				Localidad	Rancho Nuevo	10.6 Nombre del asentamiento humano	SLP		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía			12. OCUPACIÓN HABITUAL				
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Jornalero				
Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad	15.3 Núm. Exterior				
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Zacatlán	Colonia	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.6 Nombre del asentamiento humano			15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	03	09	2021	04	40	15.11 Número de seguridad social o afiliación	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día Mes Año Horas Minutos	15.12 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	15.13 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	17. ¿TUVÓ ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Código CIE				
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (como consecuencia de)			Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	3 horas	15.14 Causa básica de defunción			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Fibrosis Pulmonar Secuelas Covid-19 Debido a (como consecuencia de)			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	18 días	Código CIE			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	c) Debido a (como consecuencia de)			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	1 año	15.15 Causa básica de defunción			
	d) Debido a (como consecuencia de)			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	18 años	Código CIE			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	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				
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Código CIE			
43 días a 11 meses	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte	45	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
después del parto o aborto									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			Área industrial <input type="radio"/>	22.4.1 Número de la cédula profesional				
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/>	(taller, fábrica u oficina)					
Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera <input type="radio"/>	Granja <input type="radio"/>					
Homicidio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	(rancho o parcela) <input type="radio"/>	(vía pública) <input type="radio"/>					
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			Otro <input type="radio"/>	22.6.1 Número de la cédula profesional				
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			22.7.6 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					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hijo	Médico tratante <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/>			
Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	* Especifique			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
27. NOMBRE	28. FIRMA			29.6 Nombre del asentamiento humano					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	29.7 Código Postal			Zacatlán			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.8 Localidad			29.9 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano			
Nombre(s)	29.9.1 Tipo de vialidad	29.9.2 Nombre de la vialidad	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
Zacatlán			SLP		Día 03	Mes 09	Año 2021		
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.8 Localidad	29.9.1 Tipo de vialidad	29.9.2 Nombre de la vialidad	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO			
Tamazunchale						Núm.	Libro Núm.		
29.9 Municipio o Alcaldía						32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía		
							32.3 Entidad federativa	32.4 Día	
31.1 Acta Núm.							32.5 Mes	32.6 Año	
DEL REG. CIVIL	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			32.3 Entidad federativa			32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año
DEL CERTIFICANTE	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía			32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año	
DEL INF.									
DEL REG. CIVIL	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía			32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año	

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRARLA EN LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD.**