



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212248544

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(FE) LA FALLECIDO(A)		Anastasia Hernandez		Cristobal	
		Nombre(s) Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
05 09 1955 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
HECLASIS0905MSPRRNO9		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	Días	Para personas de un año o más
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10.6 S	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		9. ESTADO CONYUGAL		10.2 Nombre de la viabilidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10.1 Tipo de vialidad	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.7 Código Postal		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
AA950		Aguamalo		San Martín Chub	
10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		Ama de casa <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.2 Seguro Social ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
IMSS <input type="radio"/> 2		SEDENA <input type="radio"/> 5		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.3 ISSSTE <input type="radio"/> 4		14.4 SEDENA <input type="radio"/> 6		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
14.5 SEMAR <input type="radio"/> 6		14.6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2		15.1 Tipo de vialidad	
14.7 Horas		15.2 Nombre de la viabilidad		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.7 Código Postal	
15.8 Minutos		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
Tamaulipas		San Luis Potosí		16.1 Dia 30	
Mes 08 Año 2021		16.2 Horas 16 Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
16.3		16.4		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18.1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		18.2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
19.1		a) Debido a (o como consecuencia de)		18.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 18 días	
19.2		b) Debido a (o como consecuencia de)		18.4	
19.3		c) Debido a (o como consecuencia de)		18.5	
19.4		d) Debido a (o como consecuencia de)		18.6	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Diabetes Mellitus Fpo 2		20.1 20 años	
20.2		Hipertensión Arterial Sistémica		20.3 20 años	
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?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
El embarazo <input type="radio"/> 1		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto accidente		Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
22.2.1 Tipo de vialidad		22.2.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.2.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.2.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Granja <input type="radio"/> 7 Rancho o parcela <input type="radio"/> 0 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.2.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.2.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.4.1 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(fallecido(a))	
22.2.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.2.8.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la viabilidad	
22.2.8.2 Localidad		22.2.8.3 Municipio o Alcaldía		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.2.9 Código Postal		22.2.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		Otro médico* <input type="radio"/> 3	
Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8	
27. NOMBRE		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
		29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
30.1 Dia		30.2 Mes		30.3 Año	
31.1		31.2		31.3	

Recibo certificado original una copia rosa y una azul
SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA
DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARSES

Leonardo Hernandez
y de su hermano

212248544