



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOUR

212249950

~~ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO~~

*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 HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	J Santos	Zapata	Zacarias			
Nombre(s)		Primer Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO	01 11 1947	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Dia Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP	ZASIS471101HSPPICN100	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
Se Ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 99			
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	
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) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5	
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)					
10.1 Calle	Julian de los Reyes					
10.2 Colonia	Las Brisas					
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
1793110	El Noranjo	El Noranjo	San Luis Potosí			
10.7 Código Postal	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:					
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2					
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	12. OCCUPACIÓN HABITUAL			
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Completa <input type="radio"/> 1 Trabajaba <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 2			Se ignora <input type="radio"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica					14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General Zona 6					Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
Unidad médica privada <input type="radio"/> 9						Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad					15.2 Nombre de la vialidad
914	Boulevard Tricentenario					Mexico Laredo
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano			
1790000	Ciudad Valles	Ciudad Valles	Son Luis Potosí			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
20082021 10X1551	Dia	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
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
a) Acidosis						12 horas
b) COVID-19						10 días
c)						25 años
d)						
Diabetes mellitus insulino dependiente						
Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas tienen 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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	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	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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)					
Juan de los	Zapata	Paz	Hijo			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique			Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE	28. FIRMA					
Abin	Cortes	Roman				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
Boulevard 19 de Enero	Mexico Laredo	914	22.10.18.2021	Dia	Mes	Año
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad				
Ciudad Valles	7910001	Ciudad Valles				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.11 Teléfono					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. Libro Núm.	32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm.	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^ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD