



**SECRETARÍA DE SALUD** SIN BA  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN** 435

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

Modelo 2017.1

FOL

21225007021225007021225007021225

212250070

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL/(LA) FALLECIDO(A)		Maria	Tenorio	Puebla			
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Oaxaca			
5. CURP		6. SE IGNORA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD			
TENRIO MARIA		Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> Especifique			
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	10.1 Se ignora <input type="radio"/>
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 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 2	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda			
Anote el domicilio permanente donde vivía el/(la) fallecido(a)		227 A		San Luis Potosí			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
			Rancho	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:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input 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		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	12.1 Trabajaba <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	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	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 de Zamora	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Otro lugar <input type="radio"/> 12		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda			
911							
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal			
		Rancho Voltes	Santos Reyes				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Nombre de la unidad médica		16.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
21 08 2021							
Día	Mes	Año	Horas	Minutos			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II			
Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Insuficiencia respiratoria aguda		Debido a (o como consecuencia de)			
		b) COVID-19		Debido a (o como consecuencia de)			
		c)		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 morbos que la produjo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
				19 horas			
				Uso exclusivo del personal codificador Código CIE J960 U071			
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?			
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	
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						
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	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6			
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7			
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8			
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 vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda			
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			
22.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa			
Costill Voltes		Ciudad Valles		San Luis Potosí			
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL/(LA) FALLECIDO(A)					
Carlos Alberto	Costill	Voltes					
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	En linea	7703490	Número de la cédula profesional		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique				
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Carlos Alberto	Costill	Voltes					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
Boulevard	Mexico Col. Laredo	21 08 2021	Dia	21			
29.1 Tipo de vivienda	29.2 Nombre de la vivienda	29.3 Núm. Exterior	Mes	08			
29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	29.6 Número de la calle y número exterior	Año	2021			
29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía					
29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12 Localidad					
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	132			
			Mes	4			
			Año	2021			
32.2 Lugar y Fecha de Registro		32.3 Entidad Federativa		32.4 Día			
				Mes			
				Año			
32.2 Localidad		32.3 Municipio o Alcaldía		32.4 Día			
				Mes			
				Año			
32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad Federativa		32.4 Día			
				Mes			
				Año			
32.2 Entidad Federativa		32.3 Día		32.4 Mes			
				Año			
32.3 Día		32.4 Mes		32.5 Año			
32.3 Mes		32.4 Año					
32.3 Año							
32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año			
32.4 Mes		32.5 Año					
32.5 Día		32.6 Mes		32.7 Año			
32.5 Mes		32.6 Año					
32.5 Año							
32.6 Día		32.7 Mes		32.8 Año			
32.6 Mes		32.7 Año					
32.7 Día		32.8 Mes		32.9 Año			
32.7 Mes		32.8 Año					
32.8 Día		32.9 Mes		32.10 Año			
32.8 Mes		32.9 Año					
32.9 Día		32.10 Mes		32.11 Año			
32.9 Mes		32.10 Año					
32.10 Día		32.11 Mes		32.12 Año			
32.10 Mes		32.11 Año					
32.11 Día		32.12 Mes		32.13 Año			
32.11 Mes		32.12 Año					
32.12 Día		32.13 Mes		32.14 Año			
32.12 Mes		32.13 Año					
32.13 Día		32.14 Mes		32.15 Año			
32.13 Mes		32.14 Año					
32.14 Día		32.15 Mes		32.16 Año			
32.14 Mes		32.15 Año					
32.15 Día		32.16 Mes		32.17 Año			
32.15 Mes		32.16 Año					
32.16 Día		32.17 Mes		32.18 Año			
32.16 Mes		32.17 Año					
32.17 Día		32.18 Mes		32.19 Año			
32.17 Mes		32.18 Año					
32.18 Día		32.19 Mes		32.20 Año			
32.18 Mes		32.19 Año					
32.19 Día		32.20 Mes		32.21 Año			
32.19 Mes		32.20 Año					
32.20 Día		32.21 Mes		32.22 Año			
32.20 Mes		32.21 Año					
32.21 Día		32.22 Mes		32.23 Año			
32.21 Mes		32.22 Año					
32.22 Día		32.23 Mes		32.24 Año			
32.22 Mes		32.23 Año					
32.23 Día		32.24 Mes		32.25 Año			
32.23 Mes		32.24 Año					
32.24 Día		32.25 Mes		32.26 Año			
32.24 Mes		32.25 Año					
32.25 Día		32.26 Mes		32.27 Año			
32.25 Mes		32.26 Año					
32.26 Día		32.27 Mes		32.28 Año			
32.26 Mes		32.27 Año					
32.27 Día		32.28 Mes		32.29 Año			
32.27 Mes		32.28 Año					
32.28 Día		32.29 Mes		32.30 Año			
32.28 Mes		32.29 Año					
32.29 Día		32.30 Mes		32.31 Año			
32.29 Mes		32.30 Año					
32.30 Día		32.31 Mes		32.32 Año			
32.30 Mes		32.31 Año					
32.31 Día		32.32 Mes		32.33 Año			
32.31 Mes		32.32 Año					
32.32 Día		32.33 Mes		32.34 Año			
32.32 Mes		32.33 Año					
32.33 Día		32.34 Mes		32.35 Año			
32.33 Mes		32.34 Año					
32.34 Día		32.35 Mes		32.36 Año			
32.34 Mes		32.35 Año					
32.35 Día		32.36 Mes		32.37 Año			
32.35 Mes		32.36 Año					
32.36 Día		32.37 Mes		32.38 Año			
32.36 Mes		32.37 Año					
32.37 Día		32.38 Mes		32.39 Año			
32.37 Mes		32.38 Año					
32.38 Día		32.39 Mes		32.40 Año			
32.38 Mes		32.39 Año					
32.39 Día		32.40 Mes		32.41 Año			
32.39 Mes		32.40 Año					
32.40 Día		32.41 Mes		32.42 Año			
32.40 Mes		32.41 Año					
32.41 Día		32.42 Mes		32.43 Año			
32.41 Mes		32.42 Año					
32.42 Día		32.43 Mes		32.44 Año			
32.42 Mes		32.43 Año					
32.43 Día		32.44 Mes		32.45 Año			
32.43 Mes		32.44 Año					
32.44 Día		32.45 Mes		32.46 Año			
32.44 Mes		32.45 Año					
32.45 Día		32.46 Mes		32.47 Año			
32.45 Mes		32.46 Año					
32.46 Día		32.47 Mes		32.48 Año			
32.46 Mes		32.47 Año					
32.47 Día		32.48 Mes		32.49 Año			
32.47 Mes		32.48 Año					
32.48 Día		32.49 Mes		32.50 Año			
32.48 Mes		32.49 Año					
32.49 Día		32.50 Mes		32.51 Año			
32.49 Mes		32.50 Año					
32.50 Día		32.51 Mes		32.52 Año			
32.50 Mes		32.51 Año					
32.51 Día		32.52 Mes		32.53 Año			
32.51 Mes		32.52 Año					
32.52 Día		32.53 Mes		32.54 Año			
32.52 Mes		32.53 Año					
32.53 Día		32.54 Mes		32.55 Año			
</							

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA