



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017

FOLIO

212250072

212250072

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

En el reverso de la tarjeta se incluye el texto: "Sí, la persona que firmó en la parte anterior es mi representante legal y autorizo que se le envíe la copia de la documentación a su dirección".

***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**

DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y A LA FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN PROFESSIONES DE LOS DIFERENTES

1. NOMBRE DEL (LA) FALLECIDO(A)		Ana Karina Tolentino		Medrano	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
9	0	3	1	9	8
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
5. CURP		6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
TUMA86309MSPLDUD02		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		Se ignora <input type="radio"/> 99	
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	Se ignora <input type="radio"/> 99
Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	33
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		Colonia		Ninos Hoces	
SIN		10.5 Tipo de asentamiento humano		Militar	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	Cuidad Valles		10.6 Nombre del asentamiento humano	
714060		Cuidad Valles		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 checked="" type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Spiración de agua	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99	
Completa <input checked="" type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7	4108981066-1E14880R	
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8	
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	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Capital Gobernación Zona 06	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
914		Fraccionamiento		Mexico - Laredo	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	Cuidad Valles		14 de Mayo	
714000		Cuidad Valles		San 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?	
24	08	2021	13:15	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
Día	Mes	Año	Horas	Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asteña, etc.)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
PARTE I		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 99	
a) Insuficiencia Respiratoria aguda		Debido a (como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
b) Síndrome inflamatorio multi sistémico agudo con sepsis		Debido a (como consecuencia de)		30 min.	
c) Covid-19		Debido a (como consecuencia de)		7 días	
d)				7 días	
PARTE II					
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo					
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:		Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	Noto estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 99			
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		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.4.1 Uso exclusivo del personal codificado	
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Vivienda deportiva <input type="radio"/> 3	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 99	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Código CIE	
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		U0071	
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		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		22.7.10 Entidad federativa	
Reina	Tolentino	Cruz	Padre		
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	71541028	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			
Eduardo Blasquez	Diaz				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vivienda		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Bulevaria	Mexico - Laredo	914	Dia		
29.6 Nombre del asentamiento humano	714000	29.2 Número de la vivienda	Mes		
Cuidad Valles		29.3 Núm. Exterior	Año		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.7 Código Postal	29.4 Núm. Interior			
29.10 Entidad federativa		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.11 Teléfono		29.12 Telefono			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.4 Día	
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	
31.1 Acta Núm. _____	32.1.1	32.2.1	32.3.1	32.4.1	
32.1.2		32.2.2	32.3.2	32.4.2	
32.1.3		32.2.3	32.3.3	32.4.3	
32.1.4		32.2.4	32.3.4	32.4.4	
32.1.5		32.2.5	32.3.5	32.4.5	
32.1.6		32.2.6	32.3.6	32.4.6	
32.1.7		32.2.7	32.3.7	32.4.7	
32.1.8		32.2.8	32.3.8	32.4.8	
32.1.9		32.2.9	32.3.9	32.4.9	
32.1.10		32.2.10	32.3.10	32.4.10	
32.1.11		32.2.11	32.3.11	32.4.11	
32.1.12		32.2.12	32.3.12	32.4.12	
32.1.13		32.2.13	32.3.13	32.4.13	
32.1.14		32.2.14	32.3.14	32.4.14	
32.1.15		32.2.15	32.3.15	32.4.15	
32.1.16		32.2.16	32.3.16	32.4.16	
32.1.17		32.2.17	32.3.17	32.4.17	
32.1.18		32.2.18	32.3.18	32.4.18	
32.1.19		32.2.19	32.3.19	32.4.19	
32.1.20		32.2.20	32.3.20	32.4.20	
32.1.21		32.2.21	32.3.21	32.4.21	
32.1.22		32.2.22	32.3.22	32.4.22	
32.1.23		32.2.23	32.3.23	32.4.23	
32.1.24		32.2.24	32.3.24	32.4.24	
32.1.25		32.2.25	32.3.25	32.4.25	
32.1.26		32.2.26	32.3.26	32.4.26	
32.1.27		32.2.27	32.3.27	32.4.27	
32.1.28		32.2.28	32.3.28	32.4.28	
32.1.29		32.2.29	32.3.29	32.4.29	
32.1.30		32.2.30	32.3.30	32.4.30	
32.1.31		32.2.31	32.3.31	32.4.31	
32.1.32		32.2.32	32.3.32	32.4.32	
32.1.33		32.2.33	32.3.33	32.4.33	
32.1.34		32.2.34	32.3.34	32.4.34	
32.1.35		32.2.35	32.3.35	32.4.35	
32.1.36		32.2.36	32.3.36	32.4.36	
32.1.37		32.2.37	32.3.37	32.4.37	
32.1.38		32.2.38	32.3.38	32.4.38	
32.1.39		32.2.39	32.3.39	32.4.39	
32.1.40		32.2.40	32.3.40	32.4.40	
32.1.41		32.2.41	32.3.41	32.4.41	
32.1.42		32.2.42	32.3.42	32.4.42	
32.1.43		32.2.43	32.3.43	32.4.43	
32.1.44		32.2.44	32.3.44	32.4.44	
32.1.45		32.2.45	32.3.45	32.4.45	
32.1.46		32.2.46	32.3.46	32.4.46	
32.1.47		32.2.47	32.3.47	32.4.47	
32.1.48		32.2.48	32.3.48	32.4.48	
32.1.49		32.2.49	32.3.49	32.4.49	
32.1.50		32.2.50	32.3.50	32.4.50	
32.1.51		32.2.51	32.3.51	32.4.51	
32.1.52		32.2.52	32.3.52	32.4.52	
32.1.53		32.2.53	32.3.53	32.4.53	
32.1.54		32.2.54	32.3.54	32.4.54	
32.1.55		32.2.55	32.3.55	32.4.55	
32.1.56		32.2.56	32.3.56	32.4.56	
32.1.57		32.2.57	32.3.57	32.4.57	
32.1.58		32.2.58	32.3.58	32.4.58	
32.1.59		32.2.59	32.3.59	32.4.59	
32.1.60		32.2.60	32.3.60	32.4.60	
32.1.61		32.2.61	32.3.61	32.4.61	
32.1.62		32.2.62	32.3.62	32.4.62	
32.1.63		32.2.63	32.3.63	32.4.63	
32.1.64		32.2.64	32.3.64	32.4.64	
32.1.65		32.2.65	32.3.65	32.4.65	
32.1.66		32.2.66	32.3.66	32.4.66	
32.1.67		32.2.67	32.3.67	32.4.67	
32.1.68		32.2.68	32.3.68	32.4.68	
32.1.69		32.2.69	32.3.69	32.4.69	
32.1.70		32.2.70	32.3.70	32.4.70	
32.1.71		32.2.71	32.3.71	32.4.71	
32.1.72		32.2.72	32.3.72	32.4.72	
32.1.73		32.2.73	32.3.73	32.4.73	
32.1.74		32.2.74	32.3.74	32.4.74	
32.1.75		32.2.75	32.3.75	32.4.75	
32.1.76		32.2.76	32.3.76	32.4.76	
32.1.77		32.2.77	32.3.77	32.4.77	
32.1.78		32.2.78	32.3.78	32.4.78	
32.1.79		32.2.79	32.3.79	32.4.79	
32.1.80		32.2.80	32.3.80	32.4.80	
32.1.81		32.2.81	32.3.81	32.4.81	
32.1.82		32.2.82	32.3.82	32.4.82	
32.1.83		32.2.83	32.3.83	32.4.83	
32.1.84		32.2.84	32.3.84	32.4.84	
32.1.85		32.2.85	32.3.85	32.4.85	
32.1.86		32.2.86	32.3.86	32.4.86	
32.1.87		32.2.87	32.3.87	32.4.87	
32.1.88		32.2.88	32.3.88	32.4.88	
32.1.89		32.2.89	32.3.89	32.4.89	
32.1.90		32.2.90	32.3.90	32.4.90	
32.1.91		32.2.91	32.3.91	32.4.91	
32.1.92		32.2.92	32.3.92	32.4.92	
32.1.93		32.2.93	32.3.93	32.4.93	
32.1.94		32.2.94	32.3.94	32.4.94	
32.1.95		32.2.95	32.3.95	32.4.95	
32.1.96		32.2.96	32.3.96	32.4.96	
32.1.97		32.2.97	32.3.97	32.4.97	
32.1.98		32.2.98	32.3.98	32.4.98	
32.1.99		32.2.99	32.3.99	32.4.99	
32.1.100		32.2.100	32.3.100	32.4.100	
32.1.101		32.2.101	32.3.101	32.4.101	
32.1.102		32.2.102	32.3.102	32.4.102	
32.1.103		32.2.103	32.3.103	32.4.103	
32.1.104		32.2.104	32.3.104	32.4.104	
32.1.105		32.2.105	32.3.105	32.4.105	
32.1.106		32.2.106	32.3.106	32.4.106	
32.1.107		32.2.107	32.3.107	32.4.107	
32.1.108		32.2.108	32.3.108	32.4.108	
32.1.109		32.2.109	32.3.109	32.4.109	
32.1.110		32.2.110	32.3.110	32.4.110	
32.1.111		32.2.111	32.3.111	32.4.111	
32.1.112		32.2.112	32.3.112	32.4.112	
32.1.113		32.2.113	32.3.113	32.4.113	
32.1.114		32.2.114	32.3.114	32.4.114	
32.1.115		32.2.115	32.3.115	32.4.115	
32.1.116		32.2.116	32.3.116	32.4.116	
32.1.117		32.2.117	32.3.117	32.4.117	
32.1.118		32.2.118	32.3.118	32.4.118	
32.1.119		32.2.119	32.3.119	32.4.119	
32.1.120		32.2.120	32.3.120	32.4.120	
32.1.121		32.2.121	32.3.121	32.4.121	
32.1.122		32.2.122	32.3.122	32.4.122	
32.1.123		32.2.123	32.3.123	32.4.123	
32.1.124		32.2.124	32.3.124	32.4.124	
32.1.125		32.2.125	32.3.125	32.4.125	
32.1.126		32.2.126	32.3.126	32.4.126	
32.1.127		32.2.127	32.3.127	32.4.127	
32.1.128		32.2.128	32.3.128	32.4.128	
32.1.129		32.2.129	32.3.129	32.4.129	
32.1.130		32.2.130	32.3.130	32.4.130	
32.1.131		32.2.131	32.3.131	32.4.131	
32.1.132		32.2.132	32.3.132	32.4.132	
32.1.133		32.2.133	32.3.133	32.4.133	
32.1.134		32.2.			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA