



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO

2122501932122501932122501932122501932122501932122501

**212250193**

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

1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A)		Tomás		Ocana	Espinosa
2. FECHA DE NACIMIENTO		19091950		3. SEXO	Primer Apellido
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Segundo Apellido
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		OAEET500914HSPCSM04		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD
				Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>
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	Meses
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"/>		Viudo(a) <input checked="" type="radio"/>	
		En unión libre <input type="radio"/>		Divorciado(a) <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Cuauhtemoc		Soltero(a) <input type="radio"/>	
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		Calle		Se ignora <input type="radio"/>	
10.3 Núm. Exterior		Barrio		10.4 Núm. Interior	
79700		Tamasopo		10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input checked="" type="radio"/>	Pensionado <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		12.1 Trabajaba	
Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>
IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	Otra <input 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"/>	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Hospital General de zona #6.
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
914		Fraccionamiento		19 de enero	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
791000		Ciudad Valles		Ciudad Valles	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Nombre de la unidad médica		16.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	
28	08	2021	09	54	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17. ¿TU ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		17.1 ¿Las causas anotadas nunca complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
a) Insuficiencia respiratoria aguda		17.2 ¿Las causas anotadas nunca complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
Debido a (o como consecuencia de)		17.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
b) Neumonía debida a otros virus		17.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
Debido a (o como consecuencia de)		17.5 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
c) COVID-19		17.6 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
Debido a (o como consecuencia de)		17.7 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
d) Hiperpresión arterial		17.8 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que producieron la causa consignada arriba, mencionándose en otro lugar la causa básica		17.9 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		17.10 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		17.11 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		17.12 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	17.13 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	17.14 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		17.15 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	17.16 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
Homicidio <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/>	17.17 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
Suicidio <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	17.18 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
Se ignora <input type="radio"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	17.19 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		17.20 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		17.21 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		17.22 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Se ignora <input type="radio"/>	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		17.23 Sito donde ocurrió la lesión		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		22.7.11 Entidad federativa		22.7.12 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Ocana		Chavira	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Médico tratante <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/>	3223981	Hijo	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>	Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE		Roman		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		México Tlalco		919	
Boulevard		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
19 de Enero					
29.6 Nombre del asentamiento humano		791000		29.7 Código Postal	
Ciudad Valles		Ciudad Valles		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía		San Luis Potosí		29.10 Entidad federativa	
29.11 Teléfono				29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad		129082021	
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía		Dia Mes Año	
		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	
				32.5 Día Mes Año	

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