



**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

2512142122512142122512142122512
212251214

212251214	1. NOMBRE DEL(LA) FALLECIDO(A)	CLEOFAS	Hernández	Hernández		
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	09041945	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Hidalgo	
Dia Mes Año			O ₉	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP	HIEXC4S090419HHGRXL06	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
		Si ignora <input type="radio"/>	O ₉	Otra <input 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	
					O ₁₇ 6 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"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	
					Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	
					Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/>	
					Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)						
CALLE 16 DE SEPTIEMBRE						
10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad					
077						
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
		IXTLAPALAO	TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI			
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						
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
O ₁ O ₇	O ₁₂ O ₈	O ₃ O ₁₀	O ₅ O ₉₉	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	COMERCIANTE Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD						
Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
O ₁ O ₂	O ₃ O ₄	O ₅ O ₆	O ₇ O ₁₀	O ₈ O ₉₉		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN						
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	TAMAZUNCHALE HRB#44	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN						
15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad					
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano			
		ZACATIPAN	TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN						
30082021	2021	2049	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día Mes Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)						
PARTE I						
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) NEUMONIA POR SARS COV-2					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
	Debido a (o como consecuencia de)					4 DIAS
Causas antecedentes						
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de)					
	c) Debido a (o como consecuencia de)					
	d) Debido a (o como consecuencia de)					
PARTE II						
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.					10 AÑOS
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS						Uso exclusivo del personal codifica
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:						Código CIE
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/> O ₅	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
O ₁ O ₄	O ₂	O ₃	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE						
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
O ₁ O ₃	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	O ₀ O ₁ O ₂	O ₃ O ₄ O ₅	O ₆ O ₇ O ₈		
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						
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			
		ZACATIPAN	22.7.10 Entidad federativa			
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía				
23. NOMBRE						
Xochitl	Hernández	Zuriel	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
25. CERTIFICADA POR						
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	GÉNOMA	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
O ₁ O ₄	O ₂ O ₅	O ₃ O ₈		Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE						
Luis Alberto	Sánchez	Carballo	28. FIRMA			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
29. DOMICILIO y TELÉFONO						
CARNETINA TAMAZUNCHALE - SAN MARTIN KM 03	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	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
TAMAZUNCHALE		ZACATIPAN		Día		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa			Mes		
29.11 Acta Número:						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO						
Núm. , Libro Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
	32.1 Localidad					
31.1 Acta Número:	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	Mes	Año	
33. DOCUMENTACIÓN FOTOCOPIA PARA INTEGRARLA						
DEL REG. CIVIL	DEL INF.	DEL CERTIFICANTE	DEL FALLECIDO	DEL REG. CIVIL		

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^º COPIA PARA INTEGRAR LA
INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD**