



# **SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO

212251298

212251298

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

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Maurilia	Martinez	Hernandez	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	16 10 1928	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP MAHM281016MSPRRR03	Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA 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 En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad Colte Principal		
10.3 Núm. Exterior 79960		10.4 Núm. Interior Las Palomas Torazuchale		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria <input type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10		12. OCUPACIÓN HABITUAL Area de Casa 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		14.1 Nombre de la unidad médica HR 44 Location 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior 03092021		15.1 Tipo de vialidad Carrera a San Martín Km 3 15.2 Nombre de la vialidad Carrera		
15.4 Núm. Interior 1025		15.5 Tipo de asentamiento humano Torazuchale		
15.7 Código Postal		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.9 Municipio o Alcaldía		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año		15.10 Entidad federativa 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
03 09 2021		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.1 Causa de la defunción COVID-19 a) Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.2 Causa de la defunción Hipertension Arterial Sistémica 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		19.3 Causa de la defunción 3 años		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		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		
Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública) Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		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		
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía		
22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Octavio Miguel Faz Martinez		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Ortiz 0726		27. NOMBRE Octavio Miguel Faz Martinez		
28. FIRMA Ortiz 0726		29. DOMICILIO y TELÉFONO Carrera a San Martín Km 3		
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad Carrera		
29.6 Nombre del asentamiento humano Torazuchale		29.7 Código Postal San Luis Potosí		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.8 Localidad		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 103092021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		
32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año		
33.1 Acta Núm.		33.2 Municipio o Alcaldía		
33.3 Entidad federativa		33.4 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**