



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

212251332

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		MAXIMINO		DE LA CRUZ		MARTINEZ	
Nombre(s)				Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP	
1 8 0 1 1 9 6 0 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		C U M M 6 0 0 1 1 8 H V Z R R X 0 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDAD		9. ESTADO CONYUGAL	
Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 2 → Especifique		Para menores de una hora CUMPLIDA Minutos		Para menores de un día Horas	
9.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		Para menores de un mes Días	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior	
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		AVENIDA		JUAREZ		BARrio	
203		10.5 Tipo de asentamiento humano		SAN JOSE		10.6 Nombre del asentamiento humano	
7 9 9 6 0 10.7 Código Postal		TAMAZUNCHALE		10.9 Municipio o Alcaldía		SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		NO OCUPADO - JUBILADO O PENSIONADO		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 8 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)		15. DOMICILIO 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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Tamazunchale		S P I S T 0 0 0 1 4 2		BOULEVARD	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		PUEBLO	
7 9 9 6 0 15.7 Código Postal		TAMAZUNCHALE		15.9 Municipio o Alcaldía		TAMAZUNCHALE	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		15.10 Entidad federativa	
0 1 1 0 2 0 2 1 Dia Mes Año		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		SN 15.2 Nombre de la vialidad Tamazunchale 15.3 Nombre del asentamiento humano	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		19.1 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 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 DIABETES MELLITUS	
a) SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)		b) NEUMONIA ATIPICA POR COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)		d)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		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. 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 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (vía pública) Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Se ignora <input type="radio"/> 9	
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	
22.7.3 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		22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE MARGARITA		DE LA CRUZ		MARTINEZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HERMANO(A) 0 5	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input checked="" 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 10980486 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE LUIS ENRIQUE		CEBALLOS		AHUMADA		28. FIRMA <i>Luis Enrique Ceballos Ahumada</i>	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO BOULEVARD		BOULEVARD ISSSTE		SN		PUEBLO	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
TAMAZUNCHALE		29.7 Código Postal		TAMAZUNCHALE		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.8 Localidad		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 06/10/2021	
TAMAZUNCHALE		29.9 Municipio o Alcaldía		4833621190		Día Mes Año	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa					
1. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO lám. 01, Libro Núm. 05 Acta Núm. 657		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		TAMAZUNCHALE		32.2 Municipio o Alcaldía	
		32.2 Municipio o Alcaldía		S-L-P.		32.3 Entidad federativa	
		32.3 Entidad federativa				32.4 Día Mes Año	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS 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 POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

12251332

DE

ESTADO DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE
ESTADÍSTICA Y CENSOS

CENSO DE PESO
DE LA POBLACIÓN
Y DE VIVIENDA
2000

CÓDIGO
ESTÁNDAR
DE
LOCALIDADES
2000

CÓDIGO
ESTÁNDAR
DE
CATEGORÍAS
DE
VIVIENDA
2000

CÓDIGO
ESTÁNDAR
DE
USOS
DE
TIERRA
2000

CÓDIGO
ESTÁNDAR
DE
ESTRUCTURA
DE
VIVIENDA
2000

CÓDIGO
ESTÁNDAR
DE
TIPOS
DE
VIVIENDA
2000

CÓDIGO
ESTÁNDAR
DE
TIPOS
DE
USO
DE
TIERRA
2000

CÓDIGO
ESTÁNDAR
DE
TIPOS
DE
ESTRUCTURA
DE
VIVIENDA
2000

CÓDIGO
ESTÁNDAR
DE
TIPOS
DE
USO
DE
TIERRA
2000

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD