



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
212251332

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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 PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) MAXIMINO DE LA CRUZ MARTINEZ		2. FECHA DE NACIMIENTO 1 8 0 1 1 9 6 0		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	
5. CURP C U M M 6 0 0 1 1 8 H V Z R R X 0 8		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Para menores de un año: <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: 0 6 1 Años cumplidos	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/>		8.2 Semanas de gestación: <input type="text"/>		8.3 Peso (gramos): <input type="text"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): AVENIDA 10.1 Tipo de vialidad: 203 10.2 Nombre de la vialidad: JUAREZ 10.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0 10.4 Núm. Interior: BARRIO 10.5 Tipo de asentamiento humano: SAN JOSE 10.6 Nombre del asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 10.7 Código Postal: TAMAZUNCHALE 10.8 Localidad: TAMAZUNCHALE 10.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL NO OCUPADO - JUBILADO O PENSIONADO <input checked="" type="radio"/> 0 5 Se ignora <input type="radio"/>		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> OTRA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: Tamazunchale 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): S P I S T 0 0 0 1 4 2		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: BOULEVARD 15.2 Nombre de la vialidad: Boulevard Issste 15.3 Núm. Exterior: SN 15.4 Núm. Interior: PUEBLO 15.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 15.6 Nombre del asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 15.7 Código Postal: TAMAZUNCHALE 15.8 Localidad: TAMAZUNCHALE 15.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 15.10 Entidad federativa:	

DE LA DEFUNCIÓN

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 0 1 1 0 2 0 2 1 0 5 0 0		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de) b) NEUMONIA ATÍPICA POR COVID 19 Debido a (o como consecuencia de) c) DIABETES MELLITUS Debido a (o como consecuencia de) d) DIABETES MELLITUS 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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 HORAS 5 DIAS 22 AÑOS		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <input type="text"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <input type="text"/>		22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <input type="text"/>		22.7.1 Tipo de vialidad: <input type="text"/>	
22.7.2 Nombre de la vialidad: <input type="text"/>		22.7.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior: <input type="text"/>		22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <input type="text"/>		22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <input type="text"/>	
22.7.7 Código Postal: <input type="text"/>		22.7.8 Localidad: <input type="text"/>		22.7.9 Municipio o Alcaldía: <input type="text"/>		22.7.10 Entidad federativa: <input type="text"/>	

DEL INF.

23. NOMBRE MARGARITA DE LA CRUZ MARTINEZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HERMANO(A)	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		0 5	

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10980486	
27. NOMBRE LUIS ENRIQUE CEBALLOS AHUMADA		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO BOULEVARD BOULEVARD ISSSTE SN		29.1 Tipo de vialidad: TAMAZUNCHALE 29.2 Nombre de la vialidad: TAMAZUNCHALE 29.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0 29.4 Núm. Interior: TAMAZUNCHALE 29.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 29.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 29.7 Código Postal: 4 8 3 3 6 2 1 1 9 0 29.8 Localidad: TAMAZUNCHALE 29.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 29.10 Entidad federativa: 4 8 3 3 6 2 1 1 9 0 29.11 Teléfono: 0 1 1 0 2 0 2 1	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 657		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Tamazunchale 32.2 Municipio o Alcaldía: S.L.P. 32.3 Entidad federativa: 06/10/2021 32.4 Día Mes Año	
---	--	---	--

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