SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO 212251355

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s): ROBERTO — Primer Apellido: CHAVEZ — Segundo Apellido: X

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 2 Mes 0 4 Año 1 9 4 3

3. SEXO Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): HIDALGO

5. CURP C A X R 4 3 0 4 2 0 H H G H X R 0 6 — Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD Mexicana ● 1 Otra ○ 2 → Especifique — Se ignora ○ 9

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: 0 7 8 — Se ignora ○ 9

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) ○ 6 Viudo(a) ● 2 Casado(a) ○ 5 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE — 10.2 Nombre de la vialidad: MANUEL AVILA CAMACHO
10.3 Núm. Exterior: 55 — 10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: BARRIO — 10.6 Nombre del asentamiento humano: SAN MIGUEL
10.7 Código Postal: 7 9 9 6 0 — 10.8 Localidad: TAMAZUNCHALE — 10.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria ● 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato o preparatoria ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ 1 Incompleta ● 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL AGRICULTOR — Se ignora ○ 99
12.1 Trabajaba Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ● 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seg. Popular / INSABI ○ 7 Otra ○ 8 IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS BIENESTAR ○ 10 Se ignora ○ 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ● 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 IMSS BIENESTAR ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Unidad médica privada ○ 9 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99
14.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL COMUNITARIO TAMZUNCHALE
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): S P S S A P 0 1 7 0 3

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CARRETERA — 15.2 Nombre de la vialidad: SAN MARTIN TAMZUNCHALE KM 6.5
15.3 Núm. Exterior: S/N — 15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: EJIDO — 15.6 Nombre del asentamiento humano: LA PITAHAYA
15.7 Código Postal: 7 9 9 6 0 — 15.8 Localidad: TAMAZUNCHALE — 15.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI — 15.10 Entidad federativa:

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 2 6 Mes 0 9 Año 2 0 2 1 — Horas 1 2 Minutos 3 0

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 No ● 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	4 DIAS	
	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	b) NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	4 DIAS	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	c) CASO SOSPECHOSO DE COVID 19	1 SEMANA	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	d) - - - - - - - - - - - - - - - -	- - -	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	- - - - - - - - - - - - - - - -	- - -	
	- - - - - - - - - - - - - - - -	- - -	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ 1 El parto ○ 2 El puerperio ○ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 Área deportiva ○ 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Escuela u oficina pública ○ 2 Área comercial o de servicio ○ 5 Otro ○ 8 Se ignora ○ 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 — 22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal — 22.7.8 Localidad — 22.7.9 Municipio o Alcaldía — 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s): EPIGMENIO — Primer Apellido: CHAVEZ — Segundo Apellido: RODRIGO

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) NIETO

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico* ○ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil* ○ 5 Otro* ○ 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4431865
Número de la cédula profesional

27. NOMBRE Nombre(s): MATIAS DE JESUS — Primer Apellido: SANCHEZ — Segundo Apellido: ESPINOSA

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA — 29.2 Nombre de la vialidad: SAN MARTIN TAMZUNCHALE KM 6.5
29.3 Núm. Exterior — 29.4 Núm. Interior — 29.5 Tipo de asentamiento humano: EJIDO
29.6 Nombre del asentamiento humano: LA PITAHAYA — 29.7 Código Postal: 7 9 9 6 0 — 29.8 Localidad:
29.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE — 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI — 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 2 6 Mes 0 9 Año 2 0 2 1

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm._____, Libro Núm._____
31.1 Acta Núm._____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o Alcaldía — 32.3 Entidad federativa — 32.4 Día Mes Año

212251355

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