



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
**212251439**

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



212251439

<b>DEL FALLECIDO</b>	1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <u>Cruz Sánchez Mendez</u> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>03 05 1949</u> <small>Día Mes Año</small>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Son Luis Potosí</u> <small>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</small>		
	5. CURP <u>SAHC490503HSPNNROS</u> <small>Se ignora <input type="radio"/>99</small>				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → <small>Especifique</small>	
	8. EDAD CUMPLIDA <small>Para menores de una hora Minutos</small> <small>Para menores de un día Horas</small> <small>Para menores de un mes Días</small> <small>Para menores de un año Meses</small> <small>Para personas de un año o más Años cumplidos</small> <u>072</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle Cuauhtemoc</u> <u>39</u> <u>Barrio La Libertad</u> <small>10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad</small> <u>79930</u> <u>Axtla de Terrazas</u> <u>Axtla de Terrazas</u> <u>Son Luis Potosí</u> <small>10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano</small> <small>10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</small>			
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>19744903923 SM1949PE</u>			
	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 IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital Rural 16 Santa Catarina</u>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>136</u> <u>Colonia Libramiento al Cobach</u> <u>79930</u> <u>Axtla de Terrazas</u> <u>Axtla de Terrazas</u> <u>Son Luis Potosí</u> <small>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad</small> <small>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano</small> <small>15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</small>				16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>28 09 2021</u> <u>02 10</u> <small>Día Mes Año Horas Minutos</small>			
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Suspecha COVID 19</u> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> b) <u>Enfermedad Renal Crónica</u> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> c) <u>Hipertensión arterial</u> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> d) <b>PARTE II</b> 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 <u>1 día</u>		Uso exclusivo del personal codificador 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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		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 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 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 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) <input type="radio"/> 6 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9 Se ignora		
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								
23. NOMBRE <u>Beatriz Sánchez Mendez</u> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>						
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 <small>*Especifique</small>				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>10620089</u> <small>Número de la cédula profesional</small>				
27. NOMBRE <u>Celso Zúñiga Toledo</u> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>				28. FIRMA 				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calle Libramiento al cobach</u> <u>136</u> <u>Colonia</u> <u>Santa María II</u> <u>79930</u> <u>Axtla de Terrazas</u> <small>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</small> <small>29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono</small>				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>28 09 2021</u> <small>Día Mes Año</small>				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> , Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>284</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Coahuila y S de mayo altos SLU</u> <u>Axtla de Terrazas, S.L.P.</u> <small>32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año</small> <u>28 09 2021</u>						

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