



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212251440

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) Maná Dominga Tomas Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 25 06 1939 Día Mes Año	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 T D K D B 9 0 6 2 5 M S P M K M D A Se ignora <input type="radio"/> 99	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 → Especifique
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: 82 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9		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 type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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 type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación
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 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		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 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 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Nombre de la vialidad 14.4 Nombre del asentamiento humano 14.5 Nombre del asentamiento humano 14.6 Nombre del asentamiento humano 14.7 Nombre del asentamiento humano 14.8 Nombre del asentamiento humano 14.9 Nombre del asentamiento humano 14.10 Nombre del asentamiento humano 14.11 Nombre del asentamiento humano 14.12 Nombre del asentamiento humano 14.13 Nombre del asentamiento humano 14.14 Nombre del asentamiento humano 14.15 Nombre del asentamiento humano 14.16 Nombre del asentamiento humano 14.17 Nombre del asentamiento humano 14.18 Nombre del asentamiento humano 14.19 Nombre del asentamiento humano 14.20 Nombre del asentamiento humano 14.21 Nombre del asentamiento humano 14.22 Nombre del asentamiento humano 14.23 Nombre del asentamiento humano 14.24 Nombre del asentamiento humano 14.25 Nombre del asentamiento humano 14.26 Nombre del asentamiento humano 14.27 Nombre del asentamiento humano 14.28 Nombre del asentamiento humano 14.29 Nombre del asentamiento humano 14.30 Nombre del asentamiento humano 14.31 Nombre del asentamiento humano 14.32 Nombre del asentamiento humano 14.33 Nombre del asentamiento humano 14.34 Nombre del asentamiento humano 14.35 Nombre del asentamiento humano 14.36 Nombre del asentamiento humano 14.37 Nombre del asentamiento humano 14.38 Nombre del asentamiento humano 14.39 Nombre del asentamiento humano 14.40 Nombre del asentamiento humano 14.41 Nombre del asentamiento humano 14.42 Nombre del asentamiento humano 14.43 Nombre del asentamiento humano 14.44 Nombre del asentamiento humano 14.45 Nombre del asentamiento humano 14.46 Nombre del asentamiento humano 14.47 Nombre del asentamiento humano 14.48 Nombre del asentamiento humano 14.49 Nombre del asentamiento humano 14.50 Nombre del asentamiento humano 14.51 Nombre del asentamiento humano 14.52 Nombre del asentamiento humano 14.53 Nombre del asentamiento humano 14.54 Nombre del asentamiento humano 14.55 Nombre del asentamiento humano 14.56 Nombre del asentamiento humano 14.57 Nombre del asentamiento humano 14.58 Nombre del asentamiento humano 14.59 Nombre del asentamiento humano 14.60 Nombre del asentamiento humano 14.61 Nombre del asentamiento humano 14.62 Nombre del asentamiento humano 14.63 Nombre del asentamiento humano 14.64 Nombre del asentamiento humano 14.65 Nombre del asentamiento humano 14.66 Nombre del asentamiento humano 14.67 Nombre del asentamiento humano 14.68 Nombre del asentamiento humano 14.69 Nombre del asentamiento humano 14.70 Nombre del asentamiento humano 14.71 Nombre del asentamiento humano 14.72 Nombre del asentamiento humano 14.73 Nombre del asentamiento humano 14.74 Nombre del asentamiento humano 14.75 Nombre del asentamiento humano 14.76 Nombre del asentamiento humano 14.77 Nombre del asentamiento humano 14.78 Nombre del asentamiento humano 14.79 Nombre del asentamiento humano 14.80 Nombre del asentamiento humano 14.81 Nombre del asentamiento humano 14.82 Nombre del asentamiento humano 14.83 Nombre del asentamiento humano 14.84 Nombre del asentamiento humano 14.85 Nombre del asentamiento humano 14.86 Nombre del asentamiento humano 14.87 Nombre del asentamiento humano 14.88 Nombre del asentamiento humano 14.89 Nombre del asentamiento humano 14.90 Nombre del asentamiento humano 14.91 Nombre del asentamiento humano 14.92 Nombre del asentamiento humano 14.93 Nombre del asentamiento humano 14.94 Nombre del asentamiento humano 14.95 Nombre del asentamiento humano 14.96 Nombre del asentamiento humano 14.97 Nombre del asentamiento humano 14.98 Nombre del asentamiento humano 14.99 Nombre del asentamiento humano
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13 09 2021 Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 (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) COVID-19 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) 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 morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 7 días Uso exclusivo del personal codificador Código CIE U09.1
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 checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U09.1
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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 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 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anoté 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 Anoté 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		

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES