SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 2127 3880

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

Recibo Certificado Original y 2 copias

21271880

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A): ZEFERINO (Nombre(s)) ANTONIO (Primer Apellido) (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 16 07 1970 (Día Mes Año)

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

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

5. CURP: AOXZ700616HSPNXF10 Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 1 Otra ( ) 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 051 (Años cumplidos) 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) (X) 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: 1. ZARAGOZA
10.3 Núm. Exterior: 179
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAN
10.6 Nombre del asentamiento humano: AMATITLA
10.7 Código Postal: 79960
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 ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria (X) 3 Secundaria ( ) 5 Bachillerato o preparatoria ( ) 7 Profesional ( ) 8 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ( ) 1 Incompleta (X) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: AGRICULTOR Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba: Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna (X) 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 (X) 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: HRB #44
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CARRETERA
15.2 Nombre de la vialidad: TAMAZUNCHALE - SAN MARTIN KM 03
15.3 Núm. Exterior:
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: ZACATIPAN
15.6 Nombre del asentamiento humano:
15.7 Código Postal:
15.8 Localidad: TAMAZUNCHALE
15.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI
15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 18 02 2022 (Día Mes Año) 23 15 (Horas Minutos)

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ( ) 1 No (X) 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, 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) SINDROME CONJUNTIVAL (DESNUTRICION SEVERA) Debido a (o como consecuencia de)	6 MES	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) ANEMIA GRAVE Debido a (o como consecuencia de)	1 AÑO	
	c) SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Debido a (o como consecuencia de)	4 DIAS	
	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			

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: JOEL (Nombre(s)) ANTONIO (Primer Apellido) ANTONIO (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): HERMANO

DEL CERTIFICANTE

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

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 5592517

27. NOMBRE: LUIS ALBERTO (Nombre(s)) SANCHEZ (Primer Apellido) CARBALLO (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA
29.2 Nombre de la vialidad: TAMAZUNCHALE - SAN MARTIN
29.3 Núm. Exterior: KM 03
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: ZACATIPAN
29.6 Nombre del asentamiento humano:
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad: TAMAZUNCHALE
29.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI
29.10 Entidad federativa
29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año

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

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