



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212251708

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES



212251708

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		J. Carmen Rodriguez Moreno		Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí			
				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
ROMC340716HSPDRRIOS		Se ignora <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> →			
8. EDAD		Para menores de una hora CUMPLIDA		Para menores de un año Años cumplidos			
		Minutos	Horas	Días	Meses		
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)					
		10.1 Tipo de vialidad Ejido					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.2 Nombre de la vialidad Minas Viejas			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía			
		Ejido Minas Viejas		El Naranjo			
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:					
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> →					
IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.2 Ocupación habitual 4181330323					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Zona #6					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad Residencia					
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.2 Nombre de la vialidad 19 de Mayo			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía			
		79010		19 de Mayo			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
01 09 2021		12 03 31		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
Día Mes Año		Horas Minutos					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Insuficiencia Respiratoria aguda					
Causas antecedentes Estados anópticos, si es el caso, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)					
		b) Debido a (o como consecuencia de)					
		c) COVID-19					
		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		d) Debido a (o como consecuencia de)					
		Hipertensión arterial					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> después del parto o aborto <input type="radio"/>		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?					
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial <input type="radio"/> (taller, fábrica u obra)					
		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?					
Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda colectiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/>					
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
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	
		79010		Cerro de los Volcanes		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Carmelo Rodriguez Medina		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido				Hijo	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>				Número de la cédula profesional	
						*Especifique	
27. NOMBRE		Jesus Guadalupe Cervantes		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido				Escriví su nombre	
29. DOMICILIO Y Teléfono		29.1 Tipo de vialidad				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
1a de Enri		29.2 Número de la vialidad				Día Mes Año	
		29.3 Núm. Exterior					
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.4 Núm. Interior					
29.7 Código Postal		29.8 Localidad					
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa				32.1 Lugar y Fecha de Registro	
						32.1 Localidad	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32.2 Municipio o Alcaldía				32.2 Municipio o Alcaldía	
Número, Libro Número		32.3 Entidad federativa				32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Número						32.4 Día Mes Año	
31.2 Lugar y Fecha de Registro		32.4 Día Mes Año					
32.1 Localidad							
32.2 Municipio o Alcaldía							
32.3 Entidad federativa							
32.4 Día Mes Año							
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. FIRMAS					
Número, Libro Número							
34. FIRMAS							
35. DEL REGISTRO CIVIL							

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