

5310710390
SM1971 PE

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN S22

Modelo 2017.1
FOLIO 10

212251822

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



212251822

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A) Ernesto Pulido Olivas | | 2. FECHA DE NACIMIENTO 20091071 | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Tamaulipas | |
| 5. CURP PUID E 71 09 12 011 T S L L A 0 2 | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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: 049 Años cumplidos | |
| 9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle... | | 10.1 Tipo de vivienda | | 10.2 Nombre de la vivienda | |
| 10.3 Núm. Exterior: 79310 | | 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"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | 13.2 Número de seguridad social o afiliación | | 13.3 Número de seguridad social o afiliación | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> | | 14.1 Nombre de la unidad médica | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | 14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda | | 15.2 Nombre de la vivienda | | 15.3 Núm. Exterior: 79310 | | 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 07092021 1202 | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) Covid-19 b) Covid-19 Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J960 U071 E112 110X | | 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J960 U071 E112 110X | |
| 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> | | 22.2 ¿La causa anotada fue complicación propia del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 22.3 ¿La causa anotada fue complicación propia del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 22.4 ¿La causa anotada fue complicación propia del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | |
| 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 23.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): | |
| 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.8 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.9 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.10 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.11 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.12 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.13 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.14 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.15 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.16 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.17 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.18 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.19 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.20 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.21 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.22 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.23 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.24 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.25 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.26 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.27 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.28 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.29 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.30 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.31 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.32 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.33 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.34 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.35 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.36 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.37 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.38 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.39 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.40 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.41 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.42 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.43 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.44 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.45 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.46 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.47 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.48 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.49 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.50 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.51 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.52 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.53 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.54 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.55 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 23.56 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 23.57 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión | | | | | | | |