



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212251833

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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212251833

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Marcelo</u> Primer Apellido <u>Cerna</u> Segundo Apellido <u>Tobán</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>03</u> Mes <u>06</u> Año <u>1987</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
	5. CURP <u>CEET437000030USPRAA09</u>	
DE LA DEFUNCIÓN	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 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: Años cumplidos <u>084</u> Se ignora <input type="radio"/> 9	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
MUEERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle 101</u> 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 2 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	
	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 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
DEL CERTIFICANTE	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" 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 médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>30</u>	
	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	
DEL REG. CIVIL	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfíxia, etc.) a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> b) <u>Chancro de puerperio</u> c) <u>Covid-19</u> d) _____	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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	

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