



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO

212251963

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Eligio</u> Primer Apellido <u>Marquez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>3</u> Año <u>1957</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		
5. CURP <u>MILHUE3703112115PDRILC07</u>		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: Años cumplidos <u>64</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle 10 de Mayo</u>				
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"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación		

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Nombre de la vialidad		Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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 Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2021</u> Horas <u>09</u> Minutos <u>15</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de)				
b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de)				
c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de)				
d) <u>COVID-19</u> 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				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				
<u>Diarrea y vómitos tipo 2</u>				
<u>Hipertensión arterial</u>				

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"/> 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
--	--	---	--	---

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.3 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"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <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"/>	22.4 Añote la lesión que tenía el presunto fallecido con el(la) fallecido(a) <u>Lesión por arma de fuego</u>
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 Añote 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				

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Eligio</u> Primer Apellido <u>Marquez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
--	--	---	--

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>12153079</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Eligio</u> Primer Apellido <u>Marquez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	
29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2021</u>	

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	
32.2 Municipio o Alcaldía _____		32.3 Entidad federativa _____	
32.4 Día _____		32.5 Mes _____	
32.6 Año _____			

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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.



212251963

