SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212252892

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

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

212252892

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A): Nombre(s): ARTURO; Primer Apellido: HINOJOSA; Segundo Apellido: HERNANDEZ

2. FECHA DE NACIMIENTO: 01 09 1958 (Día Mes Año)

3. SEXO: Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

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

5. CURP: HIHA580901HHGNRR02 Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ● 1 Otra ○ 2 → Especifique Se ignora ○ 9

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 63 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) ○ 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: POSTE
10.3 Núm. Exterior: 42
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano:
10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal: 43130
10.8 Localidad: XILITLA
10.9 Municipio o Alcaldía: TEPEHUACAN DE GUERRERO
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): HIDALGO

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria ● 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato o preparatoria ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ 1 Incompleta ● 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: JORNALERO Se ignora ○ 99
12.1 Trabajaba: Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ 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 ○ 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: HOSPITAL COMUNITARIO TAMAZUNCHALE
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA0017 03

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CARRETERA
15.2 Nombre de la vialidad: TAMAZUNCHALE SAN MARTIN
15.3 Núm. Exterior: KM 6.5
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: LA PITAHAYA
15.6 Nombre del asentamiento humano: TAMAZUNCHALE
15.7 Código Postal: 79960
15.8 Localidad:
15.9 Municipio o Alcaldía:
15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 27 10 2021 (Día Mes Año) 1049 (Horas Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí ○ 1 No ● 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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	4 DIAS	
	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	b) NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	8 DIAS	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) CASO CONFIRMADO DE COVID 19	8 DIAS	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Escuela u oficina pública ○ 2 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 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: Nombre(s): SEVERA; Primer Apellido: ESPINOSA; Segundo Apellido: HERNANDEZ

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

DEL CERTIFICANTE

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

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 9606923

27. NOMBRE: Nombre(s): JORGE OMAR; Primer Apellido: PEREZ; Segundo Apellido: HERNANDEZ

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 6.5
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: LA PITAHAYA
29.6 Nombre del asentamiento humano: TAMAZUNCHALE
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad:
29.9 Municipio o Alcaldía:
29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI
29.11 Teléfono: 48 33 62 3005

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 27 10 2021 (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