



## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017

FOI IC

212299011

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A)	Apolinar		Primer Apellido	Altamirano		Rodríguez										
	Nombre(s)			Segundo Apellido													
2. FECHA DE NACIMIENTO	13/08/1957	Dia	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Villa de Tlaxcala									
5. CURP	AARAS70813H751DPI9				Se ignora <input type="radio"/> 99	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 →	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	Se ignora <input type="radio"/> 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	O 6 4	Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 9					
Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5	O 6 4	Especifique						
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:																	
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)				Calle	Vicente Guerrero	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	10.6 Nombre del asentamiento humano								
10.3 Núm. Exterior	204	10.4 Núm. Interior	Colonia	Tamasopo	Tamasopo	10.5 Tipo de asentamiento humano	Domicilio	Colonia	San Luis Potosí								
10.7 Código Postal	799720	10.8 Localidad	Tamasopo	10.9 Municipio o Alcaldía	Tamasopo	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)											
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. Ocupación Habitual	Pensionado			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 99					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	41945700545M7957PE											
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General Zona #6	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99										
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	914	15.1 Tipo de vialidad	Fraccionamiento	15.2 Nombre de la vialidad	19 de Enero	15.5 Tipo de asentamiento humano	Ciudad Valles	15.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	05/12/2021	Día	02	Horas	10	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente										Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte						
Causes antecedentes	a) Insuficiencia respiratoria										1 hora						
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de)										4 días						
	b) Neumonía viral, no especificada										4 días						
	Debido a (o como consecuencia de)										15 años						
	c) COVID-19										15 años						
	Debido a (o como consecuencia de)										15 años						
	d) Diabetes mellitus no insulinodependiente										15 años						
	Obesidad, no especificada										15 años						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo																	
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?										Uso exclusivo del personal codificador						
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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión										22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
22.1 Fue un presunto accidente	Vivienda particular <input type="radio"/> 0										Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)						
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)										Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7						
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2										Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9						
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	Lucía		Primer Apellido	Pérez		Segundo Apellido	Treviño		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		García					
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO										11410138		
Personas autorizadas por la Secretaría de Salud	O 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional													
*Especifique																	
27. NOMBRE	Roberto		Joaquín		Comacho		Cerro		28. FIRMA								
Nombre(s)																	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Boulevard		Mexico Laredo		914		914 de Enero		Fraccionamiento								
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						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO																
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad																
31.1 Acta Núm. _____																	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>º</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD