

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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



212340844



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
212340844
Modelo 2017.1

| | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <u>Eugenia</u> <u>Guevara</u> <u>Chavez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | |
| | 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15</u> / <u>11</u> / <u>1938</u> Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Hidalgo</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | |
| | 5. CURP <u>GUCCE381115M HGNHGO2</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 | | |
| DEL FALLECIDO | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique | | |
| | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 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: <u>083</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| DEL FALLECIDO | 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>La Escondida</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad | | |
| | 10.3 Núm. Exterior <u>42282</u> 10.4 Núm. Interior <u>La Escondida</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Chapulhuacán</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hidalgo</u> | | |
| | 10.7 Código Postal <u>79960</u> 10.8 Localidad <u>Tamazunchale</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | |
| | 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 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 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | | |
| DEL FALLECIDO | 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Amo de casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | |
| | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | |
| | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Cerro de San Martín, teloneros 3</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad | | |
| DEL FALLECIDO | 15.3 Núm. Exterior <u>79960</u> 15.4 Núm. Interior <u>2004</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> | | |
| | 15.7 Código Postal <u>79960</u> 15.8 Localidad <u>Tamazunchale</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u> 15.10 Entidad federativa | | |
| | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>30</u> / <u>11</u> / <u>2021</u> <u>14</u> : <u>40</u> Día Mes Año Horas Minutos | | |
| | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| DE LA DEFUNCIÓN | 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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Suspechosa de covid 19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 morbooso que la produjo | | |
| | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>12 días</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE | | |
| | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | |
| MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS | 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 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | |
| | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote 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 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 | | |
| DEL INF. | 23. NOMBRE <u>Beda Trejo Guevara</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | |
| | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u> | | |
| | 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>4137373</u> Número de la cédula profesional | | |
| | 27. NOMBRE <u>Celene Humberto Banti Bravo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | |
| DEL CERTIFICANTE | 28. FIRMA <u>Celene Banti Bravo</u> | | |
| | 29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Cerro de San Martín, teloneros 3</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>79960</u> 29.3 Núm. Exterior <u>2004</u> 29.4 Núm. Interior <u>La Escondida</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>79960</u> 29.8 Localidad <u>Tamazunchale</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u> 29.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 29.11 Teléfono <u>03122021</u> | | |
| | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>30</u> / <u>11</u> / <u>2021</u> Día Mes Año | | |
| | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>01</u> , Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>753</u> | | |
| DEL REG. CIVIL | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u> 32.3 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 32.4 Día Mes Año <u>03122021</u> | | |

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD