



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

Modelo 2017
FOLIO
212340941

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES
ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		MARTHA Nombre(s)		ROMANO Primer Apellido		HERNANDEZ Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
1 1 0 9 1 6 1 Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		CIUDAD DE MÉXICO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 0 9			
5. CURP		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA		7. NACIONALIDAD			
R O H M 6 1 0 9 1 1 M D F M R R 0 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL			
Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o mas: 0 6 0 Se ignora <input type="radio"/> 9				Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		10. RESIDENCIA HABITUAL					
		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) AVENIDA PASEO DEL CEDRO ROJO					
		10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad					
385		FRACCIONAMIENTO LOMA BONITA					
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano			
7 9 9 6 0		TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE		SAN LUIS POTOSI			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato preparatorio <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2				NO REMUNERADO - AMA DE CASA 0 3 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica			
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <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 PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES) 9 9 9 8			
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
		BOULEVARD		NO APLICA			
		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
SN		PUEBLO		Tamazunchale			
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano			
7 9 9 6 0		TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE		SAN LUIS POTOSI			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
0 8 1 2 2 0 2 1 Día Mes Año		1 2 4 0 Horas Minutos		Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		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		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
Causas antecedentes estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 30 MINUTOS			
		b) NEUMONIA VIRAL POR COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)		3DIAS			
		c) Debido a (o como consecuencia de)					
		d) Debido a (o como consecuencia de)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		DIABETES MELLITUS TIPO 2		20 AÑOS			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22. Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
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		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			
22.1 Fue un presunto		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.2 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 delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					