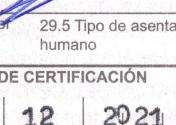




**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

DEL FALLECIDO	ISIDRO SALAZAR			CAMARO										
	1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido										
2. FECHA DE NACIMIENTO	15 05 1942	Año Mes Día	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí								
5. CURP	S A C I 4 2 0 5 1 5 H S P L M S 0 9			Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 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	079	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	Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				10.1 Tipo de vialidad	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						
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			Calle Calzana			10.2 Nombre de la vialidad							
10.3 Núm. Exterior	0	10.4 Núm. Interior	rural	10.5 Tipo de asentamiento humano	Barrio Cuartel IV			10.6 Nombre del asentamiento humano						
10.7 Código Postal	79950	10.8 Localidad	Cuartel IV	10.9 Municipio o Alcaldía	SAN MARTIN CHALCHICUAUTLA			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	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Jornalera	Se ignora <input type="radio"/> 99				
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seg. Popular / INSABI <input checked="" type="radio"/> X	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación								
	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									
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital Básico Comunitario, Tamazunchale	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12							
IMSS BIENESTAR <input 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	SPSSA0001703	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	km. 6.5	15.1 Tipo de vialidad	carretera a san martin la pitahaya	15.6 Nombre del asentamiento humano										
15.3 Núm. Exterior	79960	15.4 Núm. Interior	la pitahaya	15.9 Municipio o Alcaldía	Tamazunchale	15.10 Entidad federativa								
15.7 Código Postal		15.8 Localidad			San Luis Potosí									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	26 12 2021	Día Mes Año	13 21	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	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 cardíaco, astenia, etc.)	a) Neumonia Adquirida en la Comunidad Debido a (o como consecuencia de)										Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	b) Caso Confirmado Covid-19 Debido a (o como consecuencia de)										16 días			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	c) d)										J18			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo											16 días			
U071														
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:										21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador	
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN					
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								Código CIE					
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?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.2.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 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											
23. NOMBRE	Rodrigo	Salazar	Camaro	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)										
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hermano											
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO													
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	Número de la cédula profesional											
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique											
27. NOMBRE	Jonas	Teran	Secundino	28. FIRMA										
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido												
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Carretera a san martin km. 6.5													
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								
la pitahaya	79960			la pitahaya										
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad												
Tamazunchale		San Luis Potosí												
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono												
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO													
Núm. 1 Libro Núm. 5	32.1 Localidad	San Martin chalchicuautla.												
32.1 Acta Núm. 1	32.2 Entidad federativa	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año									
32.2.2 San Martin chal.	32.3.2 San Luis Potosí	32.4.2 030	32.5.2 12	32.6.2 2021										

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