



## **SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO  
010010110010

212718216

**212718216**

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)		Martín Félix	Hernández	Secundina																	
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido																	
2. FECHA DE NACIMIENTO		20111942	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO																	
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí																	
5. CURP		HESM421119HSPRCR00	Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?																	
			<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD																	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	10. RESIDENCIA HABITUAL	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad										
								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 type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9										
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)								10.6 Nombre del asentamiento humano											
		10.7 Código Postal Xochimilca								10.8 Localidad Tampacan			10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí								
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL														
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	Jornalero														
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 type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9														
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4	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	4244	14.1 Nombre de la unidad médica														
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		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)														
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		carretera San Martín								15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad								
Km3										zacatlán			Tamaulipas								
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano				15.6 Nombre del asentamiento humano				15.10 Entidad federativa									
				15.7 Código Postal				15.8 Localidad				San Luis Potosí									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		01022022	11	18	11	18	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 type="radio"/> 2								
Día Mes Año		Horas	Minutos																		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Parte I																			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica																			
a) COVID-19		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																			
Debido a (o como consecuencia de)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2																			
b)		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)																			
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 morbo que la produjo																			
c)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE																			
Debido a (o como consecuencia de)																					
d)																					
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?				21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?				22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)											
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	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	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9							
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	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?				Vivienda particular <input type="radio"/> 0..	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	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:		22.6 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		Felipe Hernandez Domingo		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				Hijo													
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido																	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO																			
Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	7080273																	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional																	
*Especifique																					
*Especifique																					
27. NOMBRE		28. FIRMA																			
Nombre(s)																					
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Carretera San Martín Km3																			
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									
Tamaulipas		San Luis Potosí				Zacatlán				San Martín		Km3									
29.9 Municipio o Alcaldía																					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO																			
Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____																			
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____																			
		32.3 Entidad federativa _____																			
		32.4 Dia _____ Mes _____ Año _____																			
31.2 Localidad _____		32.5 Entidad federativa _____																			
31.3 Municipio o Alcaldía _____		32.6 Dia _____ Mes _____ Año _____																			
31.4 Entidad federativa _____		32.7 Entidad federativa _____																			
31.5 Acta Núm. _____		32.8 Entidad federativa _____																			
31.6 Localidad _____		32.9 Entidad federativa _____																			
31.7 Municipio o Alcaldía _____		32.10 Entidad federativa _____																			
31.8 Entidad federativa _____		32.11 Entidad federativa _____																			

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