



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

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (BLANCA) 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



212718273

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DEL LA) FALLECIDO(A) <u>Maria Sabas</u> <u>Chavez</u> <u>Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>05</u> <u>12</u> <u>1930</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
	5. CURP <u>C A H S 3 0 1 2 0 5 M S P H R B 0 1</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar: _____	
	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>91</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 10.1 Tipo de vialidad: <u>colonia</u> 10.2 Nombre de la vialidad: <u>Guadalupe</u> 10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>axtla de terrazas</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o Alcaldía: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____			
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: <u>labores del hogar</u> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____	14.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <u>colonia</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u>Guadalupe</u> 15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>axtla de terrazas</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o Alcaldía: _____ 15.10 Entidad federativa: _____			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>21</u> <u>02</u> <u>2022</u> <u>13</u> <u>30</u> Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>10 días</u> Código CIE: _____
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Infección por SARS-CoV2</u> 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 b) _____ Debido a (o como consecuencia de) c) _____ Debido a (o como consecuencia de) d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____	
	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía o presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE <u>Marcela</u> <u>Hernández</u> <u>Luna</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nieta</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>11033676</u> Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE <u>Jaqueline</u> <u>Vela</u> <u>Rocha</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>Vela</u>	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <u>calle</u> 29.2 Nombre de la vialidad: <u>Libramiento Alcorch.</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>136</u> 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>colonia</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Santa María II</u> 29.7 Código Postal: <u>79191301</u> 29.8 Localidad: <u>axtla de terrazas</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>21</u> <u>02</u> <u>2022</u> Día Mes Año	
DEL REG.	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Colonia</u> <u>axtla de terrazas</u> <u>San Luis Potosí</u>	