



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017.  
**FOLIO**

212718699

**212718699**

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Apellido(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido												
	Andalma		Hernandez		Rea												
2. FECHA DE NACIMIENTO	Dia	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí										
					<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 99	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)											
5. CURP	HERA740620HSRPNV08			Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	Se ignora <input type="radio"/> 99								
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	47	Se ignora <input type="radio"/> 99						
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):			8.4 Edad gestacional:								
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:																	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)																	
S/N			10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad											
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano											
179760	Santa Anita		Av. Morelos			Av. Morelos											
10.7 Código Postal			10.8 Localidad			10.9 Municipio o Alcaldía			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)								
10.11 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	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			Separado(a) <input type="radio"/> 6	Vivienda <input type="radio"/> 2	Casado(a) <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				Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 99								
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN								
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	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Horas <input type="radio"/> 12	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad						
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	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa					
16.11 La escuela donde estudió:			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?											
16.12 Horas <input type="radio"/> 12 Minutos <input type="radio"/> 00			Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99									
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)																	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente																	
a) Sindrome de Guillain-Barré Paralisis																	
Debido a (o como consecuencia de)																	
b) Neumonía por COVID-19																	
Debido a (o como consecuencia de)																	
c)																	
d)																	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo																	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte																	
37 días																	
37 días																	
Uso exclusivo del personal codificador Código CIE																	
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"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	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			
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5																
Uso exclusivo del personal codificador																	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE																	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE																	
22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio																	
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0			Área deportiva <input type="radio"/> 3			Área industrial <input type="radio"/> 6								
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	(taller, fábrica u obra)	Granja <input type="radio"/> 7									
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión																	
22.4 Anote 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 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																	
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)								
Karla Hernandez			Hernandez			Selma			Hija								
25. CERTIFICADA POR																	
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO														
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																	
27. NOMBRE																	
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			28. FIRMA								
Julio Casas			Cortazar			Saldana			Hija								
29. DOMICILIO y TELÉFONO																	
29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad			29.3 Núm. Exterior			29.4 Núm. Interior								
29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal			29.8 Localidad			29.5 Tipo de asentamiento humano								
29.9 Municipio o Alcaldía			29.10 Entidad federativa			29.11 Teléfono			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN								
29.11 Teléfono																	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN																	
29.12 Día 26 Mes 06 Año 2022																	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO																	
Núm. _____, Libro Núm. _____																	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO																	
32.1 Localidad			32.2 Municipio o Alcaldía			32.3 Entidad federativa			32.4 Día 30 Mes 06 Año 2022								
32.4 Día 30 Mes 06 Año 2022																	
32.5 Acta Núm. _____																	

**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**