SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 212718922

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

212718922

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s): ATANACIO — Primer Apellido: HERNANDEZ — Segundo Apellido: ANGELINA

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 27 Mes 04 Año 1935

3. SEXO Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SLP — Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP HEAA350427HSLRNN05 Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD Mexicana ● 1 Otra ○ 2 → Especifique — Se ignora ○ 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 86 Años cumplidos; Se ignora ○ 9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: ___ 8.2 Semanas de gestación: ___ 8.3 Peso (gramos): ___

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ○ 5 Viudo(a) ○ 2 Casado(a) ○ 3 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE — 10.2 Nombre de la vialidad: EMILIANO ZAPATA
10.3 Núm. Exterior: LOCALIDAD. — 10.4 Núm. Interior: ___ — 10.5 Tipo de asentamiento humano: SAN MARTIN — 10.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI
10.7 Código Postal: 79950 — 10.8 Localidad: CHACHATIPA — 10.9 Municipio o Alcaldía: CHACHATIPA — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): ___

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria ○ 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato o preparatoria ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ● 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ 1 Incompleta ○ 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL ___ Se ignora ○ 99
12.1 Trabajaba Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seg. Popular / INSABI ○ 7 Otra ○ 8 IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS BIENESTAR ○ 10 Se ignora ○ 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: ___

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○ 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 IMSS BIENESTAR ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Unidad médica privada ○ 9 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ● 11 Se ignora ○ 99
14.1 Nombre de la unidad médica: ___
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CALLE — 15.2 Nombre de la vialidad: EMILIANO ZAPATA
15.3 Núm. Exterior: 15 — 15.4 Núm. Interior: ___ — 15.5 Tipo de asentamiento humano: LOCALIDAD. — 15.6 Nombre del asentamiento humano: CHACHATIPA
15.7 Código Postal: 79950 — 15.8 Localidad: CHACHATIPA — 15.9 Municipio o Alcaldía: SAN MARTIN — 15.10 Entidad federativa: SLP.

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 15 Mes 02 Año 2022 Horas 18 Minutos 20

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 No ○ 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) CASO CONFIRMADO COVID 19.	15 DIAS	
	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) NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.	15 DIAS	
	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 morboso que la produjo	HIPERTENSION ARTERIAL	8 AÑOS	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ 1 El parto ○ 2 El puerperio ○ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

Uso exclusivo del personal codificador — **20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN** Código CIE: ___

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 Área deportiva ○ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Escuela u oficina pública ○ 2 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 9
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: ___

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s): [illegible] — Primer Apellido: [illegible] — Segundo Apellido: [illegible]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) SOBRI...

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico* ○ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil* ○ 5 Otro* ○ 6 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: [illegible]

27. NOMBRE Nombre(s): JESICA — Primer Apellido: ARRIAGA — Segundo Apellido: RAMOS

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CALLEJERA — 29.2 Nombre de la vialidad: SAN MARTIN — 29.3 Núm. Exterior: K 6.5 — 29.4 Núm. Interior: ___ — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Localidad
29.6 Nombre del asentamiento humano: LA PITAHAYA — 29.7 Código Postal: 79960 — 29.8 Localidad: LA PITAHAYA.
29.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE — 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI — 29.11 Teléfono: 48 336 23 398

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 28 Mes 02 Año 2022

REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO ___

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO ___

Escaneado con CamScanner