



UCIP-T-5  
Reg Hos P.  
1013204

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO

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 PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Erick Danilo Covarrubias Lopez</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>30 04 2018</b> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>Queretaro</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
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 Años cumplidos <b>1</b>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Vuelto(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>sin numero</b> 10.1 Tipo de vialidad <b>Endo</b> 10.2 Nombre de la vialidad <b>Aguila Zurcu</b> 10.3 Núm. Exterior <b>76392</b> 10.4 Núm. Interior <b>76392</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>campesino</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Queretaro</b> 10.7 Código Postal <b>76392</b> 10.8 Localidad <b>San Luis Potosí</b> 10.9 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <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 checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <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 14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital Central Ignacio Morones Prieto</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Tipo de vialidad <b>Venustiano Carranza</b> 14.4 Nombre de la vialidad <b>Universidad</b> 14.5 Tipo de asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 14.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>2395</b> 15.1 Tipo de vialidad <b>Zona</b> 15.2 Nombre de la vialidad <b>Universidad</b> 15.3 Núm. Exterior <b>76240</b> 15.4 Núm. Interior <b>76240</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal <b>76240</b> 15.8 Localidad <b>San Luis Potosí</b> 15.9 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 15.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>27 06 2018 05 48</b> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Síndrome de distres Respiratorio Agudo Grave</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> c) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> d) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <b>Neumonía asociada a la ventilación mecánica</b> <b>Neumopatía intersticial (probable)</b>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 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 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
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? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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 Añote 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		