



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

190669908

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

DE LA DEFUNCIÓN		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Angel Donovan Gloria Rodriguez</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO 14 08 2003</p> <p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí</p> <p>5. CURP GORA030814HSPLDNNA Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique</p> <p>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 _____</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 1 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) calle Jardines de la Merced</p> <p>10.1 Tipo de vialidad Fraccionamiento Jardines del Sauzal.</p> <p>10.3 Núm. Exterior 117 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>10.7 Código Postal 78116 10.8 Localidad San Luis Potosí 10.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) MÉXICO.</p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 2 11. La escolaridad seleccionada es:</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL Estudiante. <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" 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 9101830497 3420030R</p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General Zona 50 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 1 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica</p> <p>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="radio"/> 1101830497 3420030R</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida Tangamanga 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 205 15.4 Núm. Interior Colonia 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 783917 15.8 Localidad Sun Luis Potosí 15.9 Municipio o delegación Sun Luis Potosí 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí</p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 01 12 2019 11 59 49 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input 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 checked="" type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Síndrome de dificultad respiratoria del adulto Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Neumonía atípica Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Colitis Neutropénica Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Hemocitoma hifoblastica aguda</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 11521</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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? Sí <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 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 1 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: Anexo 8</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</p> <p>22.7 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 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 delegación 22.7.10 Entidad federativa</p> <p>23. NOMBRE Ivanna Elena Rodriguez Grimaldo 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre.</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro * <input type="radio"/> 8 *Especifique</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 6082001</p> <p>27. NOMBRE Rosa Elena Calderon Soldierna 28. FIRMA IRMA</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO 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 29.11 Teléfono</p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 01 12 2019</p> <p>REG. VIL 31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad</p>									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



190669908