



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

Modelo 2017-1
FOLIO

190675317

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Deysi Evelyn</u> Primer Apellido <u>Díaz</u> Segundo Apellido <u>IKINCINCIOZ 356072</u>	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>26</u> Mes <u>03</u> Año <u>2011</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>SAN LUIS POLOSI</u>
	5. CURP <u>D1H0110326MSPGRYA7</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>7</u> Para menores de un día: Horas <u>0</u> Para menores de un mes: Días <u>0</u> Para menores de un año: Meses <u>0</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>7</u> Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>S/r</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Urbano</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>OJOX</u> 10.3 Núm. Exterior <u>198-19</u> 10.4 Núm. Interior <u>0</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tanlapas</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POLOSI</u> 10.7 Código Postal <u>24050</u> 10.8 Localidad <u>Tanlapas</u> 10.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POLOSI</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.2 Ocupación <u>2405048453</u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>SAN LUIS POLOSI</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>000356</u>
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km <u>1</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Urbano</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>OJOX</u> 15.3 Núm. Exterior <u>198-19</u> 15.4 Núm. Interior <u>0</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tanlapas</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POLOSI</u> 15.7 Código Postal <u>24050</u> 15.8 Localidad <u>Tanlapas</u> 15.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POLOSI</u> 15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>02</u> Año <u>2019</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>30</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>neumonía bacteriana en el contexto de síndrome de Guillain-Barré</u> b) <u>Síndrome de Guillain-Barré</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>infección viral</u> c) <u>Infección viral</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>infección viral</u> 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 <u>5 meses</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>U01.0</u>		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒ 21.2 ¿Las causas anotadas en 21.1 son complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 21.3 ¿Las causas anotadas en 21.1 son complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U01.0</u>		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☒ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a): <u>Padre</u>	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>198-19</u>	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Tratamiento en el hospital</u>	
	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Urbano</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>OJOX</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>198-19</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>0</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tanlapas</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POLOSI</u> 22.7.7 Código Postal <u>24050</u> 22.7.8 Localidad <u>Tanlapas</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POLOSI</u> 22.7.10 Entidad federativa			
	23. NOMBRE Nombre(s) <u>Deysi Evelyn</u> Primer Apellido <u>Díaz</u> Segundo Apellido <u>IKINCINCIOZ 356072</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>		
	25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: <u>Medico</u>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>7538053</u>	27. NOMBRE Nombre(s) <u>Roberto</u> Primer Apellido <u>del Carmen</u> Segundo Apellido <u>SOLO</u>	28. FIRMA <u>[Firma]</u>
DEL CERTIFICANTE	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Urbano</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>OJOX</u> 29.3 Núm. Exterior <u>198-19</u> 29.4 Núm. Interior <u>0</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tanlapas</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POLOSI</u> 29.7 Código Postal <u>24050</u> 29.8 Localidad <u>Tanlapas</u> 29.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POLOSI</u> 29.10 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>02</u> Año <u>2019</u>		
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Tanlapas</u>			

190675317