Modelo 2017.1

FOLIO 190681696

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): Magdalena; Primer Apellido: Hernandez; Segundo Apellido: Cano

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 09, Mes 09, Año 1943

3. SEXO: Hombre ○ Mujer ☒ Se ignora ○

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país de nacimiento en el extranjero)

5. CURP: HECM430909MSPRNG04 Se ignora ○

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ No ☒ Se ignora ○

7. NACIONALIDAD: Mexicana ☒ Otra ○ → 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: 077 Años cumplidos; Se ignora ○

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) ○ Viudo(a) ○ Casado(a) ☒ En unión libre ○ Divorciado(a) ○ Soltero(a) ○ Se ignora ○

10. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a))
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: 5 de mayo
10.3 Núm. Exterior: 87
10.4 Núm. Interior: —
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
10.6 Nombre del asentamiento humano: Pueblo Nuevo
10.7 Código Postal: 79200
10.8 Localidad: Tamuin
10.9 Municipio o delegación: Tamuin
10.10 Entidad federativa o país (si fue en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ☒ Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ○

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Ama de casa; Se ignora ○
12.1 Trabajaba: Sí ○ No ☒ Se ignora ○

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Seguro Popular ○ Otra ○ IMSS ☒ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ Se ignora ○
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4171340065

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○ IMSS ☒ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Otra unidad pública ○ Unidad médica privada ○ Vía pública ○ Otro lugar ○ Hogar ○ Se ignora ○
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Zona Nº 6
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Boulevard
15.2 Nombre de la vialidad: México Laredo
15.3 Núm. Exterior: 914
15.4 Núm. Interior: —
15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de enero
15.7 Código Postal: 79000
15.8 Localidad: Ciudad Valles
15.9 Municipio o delegación: Ciudad Valles
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 21, Mes 10, Año 2020, Hora 12, Minuto 26

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ No ☒

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

	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que condujo la muerte directamente. a) Insuficiencia respiratoria aguda (Debido a (o como consecuencia de))	5 días	J960
Causas antecedentes. b) Neumonía viral no especificada (Debido a (o como consecuencia de))	5 días	J129
c) Covid 19 (Debido a (o como consecuencia de))	8 días	U071
d) Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones	15 años	E118
PARTE II. Otras enfermedades significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Hipertensión esencial (primaria)	118 años	I10X

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ El parto ○ El puerperio ○ 42 días a 11 meses después del parto o aborto ○ No estaba embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○
20.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones directas del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
20.3 ¿Las causas anotadas fueron causa el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○

29. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)

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 ○ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ Escuela u oficina pública ○ Área deportiva ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Área comercial (tienda de servicio) ○ Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ Granja (rancho o panteón) ○ Otro ○ Se ignora ○
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 delegación
22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE: Nombre(s): ERIK; Primer Apellido: Rubio; Segundo Apellido: Hernandez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo 05

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ Médico legista ○ Otro médico* ☒ Perito autorizado por la Secretaría de Salud ○ Autoridad civil* ○ Otro* ○ *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 1161836

27. NOMBRE: Nombre(s): David Enrique; Primer Apellido: Barnes; Segundo Apellido: Mendoza

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Boulevard
29.2 Nombre de la vialidad: México Laredo
29.3 Núm. Exterior: 914
29.4 Núm. Interior: —
29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de enero
29.7 Código Postal: 79000
29.8 Localidad: Ciudad Valles
29.9 Municipio o delegación: Ciudad Valles
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día, Mes, Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ___ Libro Núm. ___
31.1 Acta Núm. ___

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o delegación
32.3 Entidad federativa
32.4 Día, Mes, Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Escaneado con CamScanner