



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

190681723

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		José Andino García Torres			
		Nombre(s) Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
23 10 1971		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Veracruz		
Día Mes Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD
GANTAJI102311V2RNO5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	Días	Meses
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle			Paseo del Semillero
211		Fraccionamiento			Los Silos
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior			10.6 Nombre del asentamiento humano
78394		San Luis Potosí			San Luis Potosí
10.7 Código Postal		10.8 Localidad			10.9 Municipio o delegación
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					San Luis Potosí
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8		Primaria <input type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	Dentista
IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6		ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7	Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6		ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7	Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica			Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7		Hospital General Xalcedad.			Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6		Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad
1112		Colonia			Rivadavia Guillen
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior			15.6 Nombre del asentamiento humano
78435		3 Colonia de Graciela Sánchez			Colonia de Graciela Sánchez San Luis Potosí
15.7 Código Postal		15.8 Localidad			15.9 Municipio o delegación
15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
29 09 2020		10 18 210	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
Día Mes Año		Horas Minutos			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Falla orgánica múltiple			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
		Debido a (o como consecuencia de)			3 días
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Choque septico			5 días
		Debido a (o como consecuencia de)			
		c) Neumonía COVID			24 días
		Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		d) Diabetes Mellitus			20 años
		Hiperpresión arterial			2 años
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
El embarazo <input type="checkbox"/> 1		El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	(taller, fábrica u obra)
		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (vía pública)	Granja <input type="checkbox"/> 7 (rancho o parcela)
			Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Otro <input type="checkbox"/> 8
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			Se ignora <input type="checkbox"/> 9
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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Socorro		Hincuera Aguilar, Muñoz			Espouse
Nombre(s)		Primer Apellido			Segundo Apellido
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico * <input checked="" type="checkbox"/> 3		10124703			Número de la cédula profesional
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil * <input type="checkbox"/> 5 Otro * <input type="checkbox"/> 8		* Especifique			
27. NOMBRE		28. FIRMA			
Nicanor Tomás Flores					fl
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad
Piedras Negras		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
Selcción de Graciela Sánchez		29.9 Municipio o delegación			29.10 Entidad federativa
29.11 Teléfono					
REG. VIL		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
		32.1 Localidad			

190681723