



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO  
**190681728**

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Francisco López Medina</i>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <i>04/10/1942</i>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>Ciudad de México</i>	
	5. CURP <i>L0MFF4211004HDFPDR07</i>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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: <i>077</i> Años cumplidos	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: <i>Calle</i> 10.2 Nombre de la vialidad: <i>Primera Oriente</i> 10.3 Núm. Exterior: <i>315</i> 10.4 Núm. Interior: <i>Colonia</i> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <i>San Miguel de la Colina</i> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 10.7 Código Postal: <i>781421</i> 10.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 10.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <i>San Luis Potosí</i>	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Contador</i> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <i>Hospital General de Soledad</i> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <i>Avenida</i> 15.2 Nombre de la vialidad: <i>Valentín Amador</i> 15.3 Núm. Exterior: <i>1112</i> 15.4 Núm. Interior: <i>Colonia</i> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Genovevo Rivas Guillén</i> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <i>Soledad de Guacimón Sánchez</i> 15.7 Código Postal: <i>781316</i> 15.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 15.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 15.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>30/09/2020 15:40</i>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) <i>Neumonía atípica SARS COV 2</i> Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) 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 <i>Hipotiroidismo</i>	
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>22 días</i>	
	Uso exclusivo del personal calificado Código CIE	
	Uso exclusivo del personal calificado Código CIE	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.4 Anoté 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 Anoté 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 <i>Rosa María López Arenas</i>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hija</i>		
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>3072274</i> Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE <i>Lucía Susana Orduña Torres</i>	
	28. FIRMA <i>Lucía Orduña</i>	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <i>Avenida</i> 29.2 Nombre de la vialidad: <i>Valentín Amador</i> 29.3 Núm. Exterior: <i>1112</i> 29.4 Núm. Interior: <i>Colonia</i> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Genovevo Rivas Guillén</i> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <i>Soledad de Guacimón Sánchez</i> 29.7 Código Postal: <i>781316</i> 29.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 29.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 29.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i> 29.11 Teléfono: <i>4448316110</i>	
REG. / IL	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>30/09/2020</i>	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

190681728