



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017-1

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Miguel Angel Morales Lopez		Primer Apellido	Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO								
Día	Mes	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosi	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)							
63 09 1962		O9	O9								
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD								
MOLM620802HSPRP500		Se ignora <input type="radio"/> O9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> O1	Se ignora							
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:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):								
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:											
10. RESIDENCIA HABITUAL		9. ESTADO CONYUGAL	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	10.6 Nombre del asentamiento humano						
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Separado(a) <input type="radio"/> O6	Calle	Valle de Carralla	Valles del Compostre						
133 - Fraccionamiento		En unión libre <input type="radio"/> O4	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.7 Código Postal	10.8 Localidad						
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		Divorciado(a) <input type="radio"/> O3	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
781180		Soltero(a) <input type="radio"/> O1									
10.11 Entidad federativa		11. ESCOLARIDAD									
Ninguna <input type="radio"/> O1		Prescolar <input type="radio"/> O12	Primaria <input type="radio"/> O3	Secundaria <input type="radio"/> O5	11.1 La escolaridad seleccionada es:						
Bachillerato <input type="radio"/> O7		Profesional <input type="radio"/> O6	Posgrado <input type="radio"/> O10	Se ignora <input type="radio"/> O99	Completa <input type="radio"/> O1						
preparatoria					Incompleta <input type="radio"/> O2						
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	12.1 Trabajaba								
Ninguna <input type="radio"/> O1		ISSSTE <input type="radio"/> O3	SEDENA <input type="radio"/> O5	Seguro Popular <input type="radio"/> O7	Otra <input type="radio"/> O8						
IMSS <input type="radio"/> O2		PEMEX <input type="radio"/> O4	SEMAR <input type="radio"/> O6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O10	Se ignora <input type="radio"/> O99						
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica									
Secretaría de Salud <input type="radio"/> O1		IMSS <input type="radio"/> O3	PEMEX <input type="radio"/> O5	SEMAR <input type="radio"/> O7	Hospital General de Soledad						
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O2		ISSSTE <input type="radio"/> O4	SEDENA <input type="radio"/> O6	Otra unidad pública <input type="radio"/> O8	Unidad médica privada <input type="radio"/> O9						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)									
1112 - Colonia		15.1 Tipo de vialidad									
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano									
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?					
09 10 2020		2020	2035	Día	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> O1	No <input type="radio"/> O2	Se ignora <input type="radio"/> O9	Sí <input type="radio"/> O1	No <input type="radio"/> O2
PARTE I		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN					
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Sobre 2 hrs				Código CIE					
Causas antecedentes		Debido a (o como consecuencia de)									
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía por probable covid 19				48 hrs.					
		Debido a (o como consecuencia de)									
		c) Debido a (o como consecuencia de)									
		d) 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 morbososo que la produjo											
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?				21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?					
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> O1	El parto <input type="radio"/> O2	El puerperio <input type="radio"/> O3	Sí <input type="radio"/> O1	No <input type="radio"/> O2	Sí <input type="radio"/> O1	No <input type="radio"/> O2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> O4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> O5									
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="radio"/> O1		Vivienda particular <input type="radio"/> O0				Área industrial <input type="radio"/> O6 (taller, fábrica u obra)					
Accidente <input type="radio"/> O1		Vivienda colectiva <input type="radio"/> O1 (asilo, orfanato, etc.)				Área deportiva <input type="radio"/> O3 (calle o carretera <input type="radio"/> O4 (rancho o parcela))					
Homicidio <input type="radio"/> O2		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O2				Otro <input type="radio"/> O8					
Suicidio <input type="radio"/> O3		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> O5				Se ignora <input type="radio"/> O9					
Se ignora <input type="radio"/> O9											
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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)									
Carolina Cecilia Terling Jones delcampo		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Esposa						
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									
Médico tratante <input type="radio"/> O1		Médico legista <input type="radio"/> O2	Otro médico <input type="radio"/> O3	Directiva de guarda <input type="radio"/> O4				3288380			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> O4		Autoridad civil <input type="radio"/> O5	Otro <input type="radio"/> O8	*Especifique				Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		28. FIRMA									
Mauro		Bamirez	Cuervo								
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido								
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad				29.2 Nombre de la vialidad					
Calle Prolongación Valentín Amador 1112		-				-					
Riviera Tuillen											
29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		29.7 Código Postal				29.8 Localidad					
29.5 Tipo de asentamiento humano											
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa				29.11 Teléfono					
Sanchez San Luis Potosi		29.10 Entidad federativa				29.11 Teléfono					
29.10 Entidad federativa											
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN											
09 10 2020											
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									