



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO

200629624

200629624

INSTRUCCIONES DE LLENAR REVERSO							
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Julian		Muñoz		Sanchez	
2. FECHA DE NACIMIENTO		12 8 0 7 1 1 9 4 6		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	San Luis Potosi
5. CURP							
M U S T J 4 6 0 1 1 2 8 H S P A X N L O 1 1				Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	7. NACIONALIDAD
		Minutos	Horas	Meses	Días	Mes	Mexicana <input checked="" type="radio"/>
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							
En unión libre				Separado(a) <input type="radio"/>		Viudo(a) <input checked="" type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL				Divorciado(a) <input type="radio"/>		Casado(a) <input type="radio"/>	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
Calle 6				Independencia			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
17 8 4 6 5		Cerntade Maravillas		Mexquitic de Carmona		San Luis Potosi	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD							
Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input checked="" type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	Jornalero	Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
Ninguna <input checked="" type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/>	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad médica privada <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Otro lugar <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
Av. Huirida				15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
1112	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	Colonia	15.5 Tipo de asentamiento humano		Genovevo Rivas Guillen	
Soledad de Graciano Sanchez				15.8 Localidad		15.6 Nombre del asentamiento humano	
3 3 1 0 9 5 1 0 2 0 2 2 4 4				15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
15.7 Código Postal	15.11 Entidad federativa		Si <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>
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) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)							
b) Neumonía probable SARS COVID-19 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							
Hipertensión Arterial Sistémica							
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"/>	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
43 días a 11 meses	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	21.4 Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	21.5 Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Usa exclusivo del personal codificador	
después del parto o aborto <input type="radio"/>	21.6 Se ignora <input type="radio"/>	21.7 Se ignora <input type="radio"/>	21.8 Se ignora <input type="radio"/>	21.9 Se ignora <input type="radio"/>	21.10 Se ignora <input type="radio"/>	Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE							
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
Homicidio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>			
Suicidio <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>			
Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			
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 Alcaldía							
22.7.10 Entidad federativa							
23. NOMBRE							
Ricardo		Muñoz		López		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Hijo	
25. CERTIFICADA POR							
Médico tratante <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico * <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>	3272274				
Número de la cédula profesional							
27. NOMBRE							
Lucia Susana Ordóñez Torres.						28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Ordóñez	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO							
Av. Huirida		Valentín Amador		1112		29.4 Núm. Interior	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o Alcaldía	
Soledad de Graciano Sanchez		29.10 Entidad federativa		444 482 24 1100		29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
24 09 2020							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO							
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
32.1 Localidad							