Dr. favor de anotar N° de Clínica gracias

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

UMF #62

Formato 2017.1

FOLIO 200629639

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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) Simon (Nombre(s)) Barron (Primer Apellido) Herrera (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO 20 01 1934 (Día Mes Año)

3. SEXO Hombre ● Mujer ○ Se ignora ○

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guanajuato (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP BAHS 341 028 H2 SR2 N07 Se ignora ○

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

7. NACIONALIDAD Mexicana ○ Otra ○ → Especifique Se ignora ○

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 085 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: Prolongación
10.2 Nombre de la vialidad: Víctor Rosales
136
10.3 Núm. Exterior
10.4 Núm. Interior
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
10.6 Nombre del asentamiento humano: Tequisquiapan
78250 (10.7 Código Postal)
10.8 Localidad: San Luis Potosí
10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ● Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ Incompleta ●

12. OCUPACIÓN HABITUAL Pensionado 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: 41583614676 5M

DE LA DEFUNCIÓN

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 de Zona #1
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad: Avenida
15.2 Nombre de la vialidad: Niños Héroes
203
15.3 Núm. Exterior
15.4 Núm. Interior
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Cen 1/2
78449 (15.7 Código Postal)
15.8 Localidad: San Luis Potosí
15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 20 04 2020 (Día Mes Año) 15 15 (Horas Minutos)

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, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Síndrome de dificultad respiratoria agudo	2 horas	
	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	b) Neumonía por covid-19	3 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Diabetes mellitus 2 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 ○ El parto ○ El puerperio ○ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○

Uso exclusivo del personal codificador

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 o de servicio ○ Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ Granja (rancho o parcela) ○ 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 Alcaldía
22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE Mauro (Nombre(s)) Cadena (Primer Apellido) Romero (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON ÉL(LA) FALLECIDO(A) Nieto

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○ Médico legista ○ Otro médico* ● Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ Autoridad civil* ○ Otro* ○ *Especifique: Director

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3095240 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE Alejandro (Nombre(s)) Ortiz (Primer Apellido) González (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO

29.1 Tipo de vialidad: Avenida
29.2 Nombre de la vialidad: Niños Héroes
29.3 Núm. Exterior: 203
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Centro
29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí
29.7 Código Postal: 78449
29.8 Localidad: San Luis Potosí
29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
29.10 Entidad federativa
29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20 04 2020 (Día Mes Año)

DEL REGISTRO CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. ___, Libro Núm. ___

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad
32.2 Municipio o Alcaldía
32.3 Entidad federativa
32.4 Día Mes Año

200629639

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

Documento de Trabajo
Versión Digitalizada

EDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA