Modelo 2017.1

FOLIO 200629679

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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) Nombre(s): Pedro | Primer Apellido: Donjuan | Segundo Apellido: Cervantes

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 29 Mes 06 Año 1936

3. SEXO Hombre ☒ Mujer ○ Se ignora ○

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

5. CURP DOCP360629HGTNRD16 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: 84 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: Calle | 10.2 Nombre de la vialidad: Abasolo
10.3 Núm. Exterior: 648 | 10.4 Núm. Interior: | 10.5 Tipo de asentamiento humano: Casa habitación | 10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal: 79560 | 10.8 Localidad: | 10.9 Municipio o Alcaldía: Santa Maria del Rio | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San luis Potosi

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ☒ Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ○

12. OCUPACIÓN HABITUAL desempleado | 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

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 ○
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○ Otro lugar ○ Hogar ○ Se ignora ○

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Avenida | 15.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador
15.3 Núm. Exterior: 1112 | 15.4 Núm. Interior: | 15.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital | 15.6 Nombre del asentamiento humano: Hospital General de Soledad
15.7 Código Postal: 78413 | 15.8 Localidad: | 15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sanchez | 15.10 Entidad federativa: San luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 25 Mes 09 Año 2020 Horas 10 Minutos 52

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) Sindrome insuficiencia respiratoria aguda	5 dias	
	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) Neumonia atipica	5 dias	
	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	insuficiencia renal aguda		
	diabetes mellitus tipo 2		

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 ○ Área deportiva ○ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Escuela u oficina 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 Nombre(s): Elizabeth | Primer Apellido: Donjuan | Segundo Apellido: Grimaldo

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija

DEL CERTIFICANTE

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

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 7543300

27. NOMBRE Nombre(s): Luis Francisco | Primer Apellido: Peñaloza | Segundo Apellido: Valle.

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Avenida | 29.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador. | 29.3 Núm. Exterior: 1112 | 29.4 Núm. Interior: | 29.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital
29.6 Nombre del asentamiento humano: Hospital General de Soledad | 29.7 Código Postal: 78413 | 29.8 Localidad: | 29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sanchez | 29.10 Entidad federativa: San luis Potosi | 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 25 Mes 09 Año 2020

200629679