Modelo 2017.1

FOLIO 200633114

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
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): Nombre(s): Gabino; Primer Apellido: Flores; Segundo Apellido: Alvarado

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 25 Mes 10 Año 1944

3. SEXO: Hombre (1) Mujer (2) Se ignora (9)

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: FOAG441025HSPRLV00 Se ignora (99)

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí (1) No (2) Se ignora (9)

7. NACIONALIDAD: Mexicana (1) Otra (2) → Especifique: Se ignora (9)

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: 075 Años cumplidos; Se ignora (9)

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) (6) Viudo(a) (2) Casado(a) (5) En unión libre (4) Divorciado(a) (3) Soltero(a) (1) Se ignora (9)

10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Privada
10.2 Nombre de la vialidad: Flores
10.3 Núm. Exterior: 1
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Localidad
10.6 Nombre del asentamiento humano: Puente Guadalupe
10.7 Código Postal: 78176
10.8 Localidad: Ciudad Valles
10.9 Municipio o Alcaldía: Tamuín
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna (1) Preescolar (12) Primaria (3) Secundaria (5) Bachillerato o preparatoria (7) Profesional (8) Posgrado (10) Se ignora (99)
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (1) Incompleta (2)

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Albañil; Se ignora (99)
12.1 Trabajaba: Sí (1) No (2) Se ignora (9)

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna (1) ISSSTE (3) SEDENA (5) Seguro Popular (7) Otra (8) IMSS (2) PEMEX (4) SEMAR (6) IMSS PROSPERA (10) Se ignora (99)
13.1 Número de seguridad social o afiliación:

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud (1) IMSS (3) PEMEX (5) SEMAR (7) IMSS PROSPERA (2) ISSSTE (4) SEDENA (6) Otra unidad pública (8) Unidad médica privada (9) Vía pública (10) Otro lugar (12) Hogar (11) Se ignora (99)
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Gral. Rioverde
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSLA000745

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Calle
15.2 Nombre de la vialidad: Gama y Carretera San Luis Potosí
15.3 Núm. Exterior: S/N
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Centro
15.7 Código Postal: 78160
15.8 Localidad: Rioverde
15.9 Municipio o Alcaldía: Rioverde
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 03 Mes 08 Año 2020 Horas 07 Minutos 10

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (1) No (2) Se ignora (9)

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí (1) No (2)

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) Neumonía por Sars-cov 2	11 días	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Diabetes Mellitus (Debido a (o como consecuencia de))	20 años	
	c) Hipertensión arterial sistémica (Debido a (o como consecuencia de))	1 año	
	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 morboso que la produjo			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo (1) El parto (2) El puerperio (3) 43 días a 11 meses después del parto o aborto (4) No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte (5)

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí (1) No (2)

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí (1) No (2)

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 (1) Homicidio (2) Suicidio (3) Se ignora (9)
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí (1) No (2) Se ignora (9)
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular (0) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) (1) Escuela u oficina pública (2) Área deportiva (3) Calle o carretera (vía pública) (4) Área comercial o de servicio (5) Área industrial (taller, fábrica u obra) (6) Granja (rancho o parcela) (7) Otro (8) Se ignora (9)
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): Ma. Cristina; Primer Apellido: Flores; Segundo Apellido: Martínez

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

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante (1) Médico legista (2) Otro médico* (3) General; Persona autorizada por la Secretaría de Salud (4) Autoridad civil* (5) Otro* (8) *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 1042341

27. NOMBRE: Nombre(s): Guillermo; Primer Apellido: Garcia; Segundo Apellido: Bauchce

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Calle
29.2 Nombre de la vialidad: Gama y Carretera San Luis
29.3 Núm. Exterior: S/N
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Centro
29.7 Código Postal: 78160
29.8 Localidad: Rioverde
29.9 Municipio o Alcaldía: Rioverde
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
29.11 Teléfono: 4851897629

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 03 Mes 08 Año 2020

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____, Libro Núm. _____
31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o Alcaldía
32.3 Entidad federativa
32.4 Día Mes Año

200633114

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA

Versión pública