



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO  
**200633172**

\*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

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Berta Castillo Godínez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> 03/07/1940 Día Mes Año	<b>3. SEXO</b> Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
<b>5. CURP</b> CA9B400703MSP5DR07 Se ignora <input type="radio"/> 99		<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> 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: Años cumplidos <b>080</b> Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____
<b>8.1 FOLIO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO:</b> _____		<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle <b>Calle Benito Juárez</b> Localidad <b>San José de Canoas</b> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <b>79602</b> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Rioverde</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Rioverde</b> 10.7 Código Postal <b>79602</b> 10.8 Localidad <b>Rioverde</b> 10.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Hogar Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input checked="" type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Rioverde</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de vialidad <b>Calle</b> 14.4 Nombre de la vialidad <b>Benito Juárez</b> 14.5 Tipo de asentamiento humano <b>Rioverde</b> 14.6 Nombre del asentamiento humano <b>Rioverde</b> 14.7 Código Postal <b>79602</b> 14.8 Localidad <b>Rioverde</b> 14.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 14.10 Entidad federativa		
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> 15.1 Tipo de vialidad <b>Calle</b> 15.2 Nombre de la vialidad <b>Centro</b> 15.3 Núm. Exterior <b>79610</b> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Rioverde</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal <b>79610</b> 15.8 Localidad <b>Rioverde</b> 15.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 15.10 Entidad federativa		
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> 13/08/2020 08:40 Día Mes Año Horas Minutos		<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		18.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 7 días 7 días 20 años 20 años 18.2 Código CIE
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Neumonía Atípica</b> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <b>Covid 19 sospechosa</b> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ <b>Causas antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20 años 20 años 19.2 Código CIE
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <b>Diabetes Mellitus tipo 2</b> <b>Hipertensión Arterial Sistémica</b>		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20 años 20 años 19.4 Código CIE
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE _____		20.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20 años 20 años 20.2 Código CIE
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20 años 20 años 21.5 Código CIE
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 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 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20 años 20 años 22.8 Código CIE
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 _____		22.9 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20 años 20 años 22.10 Código CIE
<b>23. NOMBRE</b> Paula De León Padilla Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		<b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b> Nuera
<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 Urgencias *Especifique _____		<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> 5468053 Número de la cédula profesional
<b>27. NOMBRE</b> Miguel Ángel Martínez Santibañez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		<b>28. FIRMA</b> _____
<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b> Calle <b>Calle Benito Juárez</b> Localidad <b>San José de Canoas</b> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior <b>79610</b> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>Rioverde</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano <b>Rioverde</b> 29.7 Código Postal <b>79610</b> 29.8 Localidad <b>Rioverde</b> 29.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 29.10 Entidad federativa		29.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono <b>4821297286</b> <b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> 13/08/2020 Día Mes Año
<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____



200633172

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