



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

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

LOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

ESTA CLÁUSULA ESPECÍFICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y AYUDANTES FEDERALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DE LA DEFINICIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

2006.3473

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Silvia		Sara		Alicia		356-212			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Segundo Apellido					
25/08/1971 Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Segunda Nacionalidad					
S0A83108LSMSPRLBLO2		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		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 Años cumplidos	
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		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
						Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		San Miguel		San Luis Potosí	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
310		Barrio		Tancuichale		San Luis Potosí					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.6 Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.11 La escolaridad seleccionada es:	
										11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 6		Otra <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaria de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5		SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Hospital General de Valles		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.6 Nombre del asentamiento humano		Hogar <input type="radio"/> 11	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
15.7 Código Postal											
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		05/08/2020 12:14		Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROSCOPÍA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	
19.1 Parte I		Ensayo de Respiratoria Ayuda				Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Causas antecedentes	
19.2 Parte II		Neumonía por COVID-19								Causas antecedentes	
19.3 Parte III		Obesidad								Causas antecedentes	
20. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Uso exclusivo del personal		20. CAUSA BÁSICA DE DEF Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		20.1 Uso exclusivo del personal	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5								20.2 Uso exclusivo del personal	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		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?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (rancho o parcela) Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		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		Ma. Concepcion Gutierrez Abreu		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Prima hermana					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		4011701	
								Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		Rubén Alberto		Mildonado		Tibaja		28. FIRMA		P. M. A.	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
Oxígeno											
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Num. Exterior		29.10 Num. Interior		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Ciudad Valles San Luis Potosí										05/06/20	