



41-70-49-1363

SECRETARÍA DE SALUD

-5 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200635333

3

FNU

25

MEO

INX

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

200635333

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Avila</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Toro</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>13</u> Mes <u>11</u> Año <u>1999</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ So ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosi</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>HAIA990222HSPRBMV08</u> So ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ So ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ So ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>07</u> Para menores de un día: Horas <u>11</u> Para menores de un mes: Días <u>07</u> Para menores de un año: Meses <u>11</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>17</u>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ So ignora ☐	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>San Luis</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>casita</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>San Luis</u>
10.3 Núm. Exterior <u>791043</u> 10.4 Núm. Interior <u>317</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u>	10.7 Código Postal <u>791043</u> 10.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad Valles</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ So ignora ☐
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐ 11.2 Ocupación habitual <u>Amante</u> So ignora ☐	12.1 Trabajaba ☐ No ☒ So ignora ☐	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ So ignora ☐
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ So ignora ☐	14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Zona Nivel 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>casita</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>17 de Enero</u>
15.3 Núm. Exterior <u>791043</u> 15.4 Núm. Interior <u>317</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u>	15.7 Código Postal <u>791043</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad Valles</u> 15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u> Horas <u>04</u> Minutos <u>27</u>
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ So ignora ☐	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Lusupiciencia repentina no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Narcolepsia no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>J18.9</u>	21.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 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 ☒
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 ☒ So 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 ☐ So 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: <u>17 de Enero</u>
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 vivienda <u>casita</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>San Luis</u>	22.7.3 Núm. Exterior <u>791043</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>317</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u>
22.7.7 Código Postal <u>791043</u> 22.7.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad Valles</u> 22.7.10 Entidad federativa	23. NOMBRE Nombre(s) <u>Enika</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Martinez</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>hija</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ So ignora ☐	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>97595119</u>	27. NOMBRE Nombre(s) <u>Isabel</u> Primer Apellido <u>Olivo</u> Segundo Apellido <u>Herrera</u>
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>casita</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>17 de Enero</u>	29.3 Núm. Exterior <u>791043</u> 29.4 Núm. Interior <u>317</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u>
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 29.7 Código Postal <u>791043</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad Valles</u> 29.10 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u>	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>17</u> Libro Núm. <u>10</u>
31.1 Acta Núm. <u>17</u>	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad Valles</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosi</u> 32.4 Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u>	

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