



41-91-60-0085

1M1960002

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modulo 2017.1

200635342

DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES COPIA A LA SECRETARÍA

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

25
Ed.
Int.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JUAN MARTINEZ AZUA Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 10/2/02 1960 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO MEXICO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP MIA115600202021158PZND7	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar _____	
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 06/0 Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ 5 En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE LINDERO 10.1 Tipo de vivienda 110 10.2 Nombre de la vivienda EDICION 10.3 Núm. Exterior 17910101 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSÍ 10.7 Código Postal 7910101 10.8 Localidad Ciudad Valles 10.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) SAN LUIS POTOSÍ	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 03 Secundaria ☐ 05 Bachillerato o preparatoria ☒ 7 Profesional ☐ 08 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 09 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐ 02	
12. OCUPACIÓN HABITUAL PROFESOR DE CÁTEDRA Se ignora ☐ 99 12.1 Trabajaba Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 09	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☐ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☒ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 09 13.1 Número de seguridad social o afiliación 4191600085 1M1960002	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 IMSS PROSPERA ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08 Unidad médica privada ☐ 09 14.1 Nombre de la unidad médica HOSPITAL GENERAL ZONA 6 CIUDAD VALLES 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de establecimiento de salud HOSPITAL GENERAL 14.4 Clave única de establecimientos de salud (CLUES) 110	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 110 15.2 Nombre de la vivienda EDICION 15.3 Núm. Exterior 17910101 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSÍ 15.7 Código Postal 7910101 15.8 Localidad Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 15.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSÍ	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 11 Mes 9 Año 2020 Horas 11 Minutos 10	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA 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 VIRAL, NO ESPECIFICADA 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 morbo que la produjo DIABETES MELITUS TIPO 2 HIPERTENSIÓN ESENCIAL	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 horas 10 días 4 años 4 años	
Código CIE J960 J129 E119 I710x1	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ _____ _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 00 Área deportiva ☐ 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicio ☐ 05 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09 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 vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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 JOSE ALBERTO MARTINEZ MUJINA Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☐ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08 25.1 Nombre JOSE ALBERTO MUJINA Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 25.2 Fecha de certificación 11/9/2020 25.3 Lugar de certificación Ciudad Valles 25.4 Entidad federativa SAN LUIS POTOSÍ 25.5 Teléfono 7910101	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 3602707	
27. FIRMA [Firma]	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 11 Mes 9 Año 2020	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 110 29.2 Nombre de la vivienda EDICION 29.3 Núm. Exterior 17910101 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 29.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSÍ 29.7 Código Postal 7910101 29.8 Localidad Ciudad Valles 29.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 29.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSÍ 29.11 Teléfono 7910101	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA 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 _____	

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

Escaneado con CamScanner