



418046 0046-2
SM1946PE

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
200635624

25
NI
C-11

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jose Rodriguez Novales</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>29/03/1946</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. CURP <u>RIMJ460829HSPDRS02</u> Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique _____		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: <u>73</u> Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Calles las cruces</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>7992947</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Ciudad Vallas</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Vallas</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>7992947</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Vallas</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Vallas</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Preservado</u> 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4180460046</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Zona 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>602000000</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Calles las cruces</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>7992947</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Ciudad Vallas</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Vallas</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>7992947</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Vallas</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Vallas</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>29/03/2020</u> Día Mes Año <u>10:00</u> Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía, no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Sospecha de Coronavirus SARS-CoV2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) _____ PARTE II Otros estados patológicos o diagnósticos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes mellitus no especificada</u> <u>Hipertensión esencial (primaria)</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>48 horas</u> <u>10 días</u> <u>7 días</u> <u>Años</u> <u>Años</u> Código CIE <u>J960</u> <u>J189</u> <u>U072</u> <u>E119</u> <u>I10X</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 ☒ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____		22.5 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.6 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.6.1 Tipo de vivienda: _____ 22.6.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.6.3 Núm. Exterior: _____ 22.6.4 Núm. Interior: _____ 22.6.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.6.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.6.7 Código Postal: _____ 22.6.8 Localidad: _____ 22.6.9 Municipio o Alcaldía: _____ 22.6.10 Entidad federativa: _____		22.7 Añote 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 <u>Novales Rodriguez Luna</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ Especifique: <u>Medico criminalista</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>5756021</u>	
27. NOMBRE <u>Thelma Ruth Ramirez Cortes</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Calles las cruces</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>7992947</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Ciudad Vallas</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Vallas</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>7992947</u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Vallas</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Vallas</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
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 _____	

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