



41.99.79.0666-8
4F1948 CV

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200635648
200635648

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Rosa Carmina Ojeda Maclovio Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO 12/03/1948 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP OEMR480812MSPJCISO9 Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
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 07 17 Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" 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	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL Pensionada 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	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" 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 41997405664F4302	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" 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 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Nombre de la unidad médica 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.5 Nombre de la unidad médica 14.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.7 Nombre de la unidad médica 14.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.9 Nombre de la unidad médica 14.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.11 Nombre de la unidad médica 14.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.13 Nombre de la unidad médica 14.14 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.15 Nombre de la unidad médica 14.16 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.17 Nombre de la unidad médica 14.18 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.19 Nombre de la unidad médica 14.20 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.21 Nombre de la unidad médica 14.22 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.23 Nombre de la unidad médica 14.24 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.25 Nombre de la unidad médica 14.26 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.27 Nombre de la unidad médica 14.28 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.29 Nombre de la unidad médica 14.30 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.31 Nombre de la unidad médica 14.32 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.33 Nombre de la unidad médica 14.34 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.35 Nombre de la unidad médica 14.36 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.37 Nombre de la unidad médica 14.38 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.39 Nombre de la unidad médica 14.40 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.41 Nombre de la unidad médica 14.42 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.43 Nombre de la unidad médica 14.44 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.45 Nombre de la unidad médica 14.46 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.47 Nombre de la unidad médica 14.48 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.49 Nombre de la unidad médica 14.50 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.51 Nombre de la unidad médica 14.52 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.53 Nombre de la unidad médica 14.54 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.55 Nombre de la unidad médica 14.56 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.57 Nombre de la unidad médica 14.58 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.59 Nombre de la unidad médica 14.60 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.61 Nombre de la unidad médica 14.62 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.63 Nombre de la unidad médica 14.64 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.65 Nombre de la unidad médica 14.66 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.67 Nombre de la unidad médica 14.68 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.69 Nombre de la unidad médica 14.70 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.71 Nombre de la unidad médica 14.72 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.73 Nombre de la unidad médica 14.74 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.75 Nombre de la unidad médica 14.76 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.77 Nombre de la unidad médica 14.78 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.79 Nombre de la unidad médica 14.80 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.81 Nombre de la unidad médica 14.82 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.83 Nombre de la unidad médica 14.84 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.85 Nombre de la unidad médica 14.86 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.87 Nombre de la unidad médica 14.88 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.89 Nombre de la unidad médica 14.90 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.91 Nombre de la unidad médica 14.92 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.93 Nombre de la unidad médica 14.94 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.95 Nombre de la unidad médica 14.96 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.97 Nombre de la unidad médica 14.98 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.99 Nombre de la unidad médica 14.100 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/08/2020 20:20 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Falla Orgánica Múltiple Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía viral por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Hipertensión Arterial Sistémica Hipotiroidismo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 72 horas 24 días 10 años 10 años Código CIE R688 J129 110X E039	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J129		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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	
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? 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 (taller, fábrica u obra) <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 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 Ambrosio Perez Ojeda Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR 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 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7253911 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Alejandro Reyes Jimenez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
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 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 04/08/2020 Día Mes Año	
31. 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

*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



200635648