SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 200635809

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

41.81.65.0287.0
1m1965.01
HG206-406
SERV 25
C-3

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s): Gonzalo — Primer Apellido: Hernandez — Segundo Apellido: Contreras

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 14 Mes 04 Año 96

3. SEXO Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosi
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP HECG650414HSPRNN09 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

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 55 Años cumplidos; Se ignora ○9

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 Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Avenida — 10.2 Nombre de la vialidad: Cometa
10.3 Núm. Exterior: 228 — 10.4 Núm. Interior: — 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Municipal Valles 85
10.7 Código Postal: 79095 — 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 Potosi

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Inspector en data — Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 91815237191265 6P

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona 6
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Boulevard — 15.2 Nombre de la vialidad: Mexico Tuxedo
15.3 Núm. Exterior: 914 — 15.4 Núm. Interior: — 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento — 15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
15.7 Código Postal: 79010 — 15.8 Localidad: Ciudad Valles — 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 06 Mes 08 Año 2020 Horas 08 Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ○2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador — Código CIE

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Insuficiencia respiratoria aguda — J9600
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) Neumonía debida a otros virus — J1289
Debido a (o como consecuencia de)
c) Choque de origen no especificado — R572
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 morboso que la produjo
Diabetes mellitus no insulinodependiente — E119
Hipertensión arterial (primaria) — I10X

HG206-406

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○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

DEL INF.

23. NOMBRE
Nombre(s): Gonzalo — Primer Apellido: Hernandez — Segundo Apellido: Perez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8
*Especifique: Medico de cuardia

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 5755681

27. NOMBRE
Nombre(s): Thelma — Primer Apellido: Ramirez — Segundo Apellido: Garcia

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Boulevard — 29.2 Nombre de la vialidad: Mexico Tuxedo — 29.3 Núm. Exterior: 914 — 29.4 Núm. Interior: — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero — 29.7 Código Postal: 79010 — 29.8 Localidad: Ciudad Valles
29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosi — 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 06 Mes 08 Año 2020

DEL REG. CIVIL

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

200635809

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