Modelo 2017.1

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200635818

AL 04 84 1222-9 4F1952 01 HG206 9LC 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): CARMELA Primer Apellido: RUIZ Segundo Apellido: HERNANDEZ

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 14 Mes 05 Año 1952

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 ROHC520514MSPZRR09 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 068 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: CALLE 10.2 Nombre de la vialidad: GALEANA
10.3 Núm. Exterior: S/N 10.4 Núm. Interior: ___
10.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA 10.6 Nombre del asentamiento humano: HIDALGO
10.7 Código Postal: 79050 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 COMERCIANTE 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: 44048422 4F1952OR

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: HGZ 6 "CIUDAD VALLES"
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 - LAREDO
15.3 Núm. Exterior: 911 15.4 Núm. Interior: ___
15.5 Tipo de asentamiento humano: FRACCIONAMIENTO 15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 DE ENERO
15.7 Código Postal: 79000 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 03 Mes 08 Año 2020 Horas 12 Minutos 05

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	24 HORAS	U072
	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 ATIPICA	8 DIAS	J960
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) SOSPECHA DE SARS-COV 2	8 DIAS	J157
	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			

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): ANGELICA VANETT Primer Apellido: MARTINEZ Segundo Apellido: RUIZ

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

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: SUBDIRECTOR DE TURNO

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 10246 11

27. NOMBRE Nombre(s): OSCAR MANUEL Primer Apellido: RIVERA Segundo Apellido: VILLALOBOS

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: BOULEVARD 29.2 Nombre de la vialidad: MEXICO - LAREDO 29.3 Núm. Exterior: 911 29.4 Núm. Interior: ___ 29.5 Tipo de asentamiento humano: FRACCIONAMIENTO
29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 DE ENERO 29.7 Código Postal: 79000 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 03 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 ___ A

200635818

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