



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

Modelo 2017.1
FOLIO
200635889

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>GREGORIO</u> Primer Apellido <u>CALVÁN</u> Segundo Apellido <u>ALANIZ</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>16</u> Mes <u>09</u> Año <u>1938</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>SAO LUIS POTOSÍ</u>
5. CURP <u>GNAG380416HSPILUR10</u> Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique _____ Se ignora ☐
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 o más: <u>82</u> Años cumplidos Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(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>14</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>COLONIA MOLELOS</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>79290</u> 10.4 Núm. Interior: <u>TANJIN</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 10.7 Código Postal: <u>79290</u> 10.8 Localidad: <u>TANJIN</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>SAO LUIS POTOSÍ</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ <u>RETIRO</u> 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>GNAG3804161</u>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ 14.3 Tipo de establecimiento: <u>14</u> 14.4 Nombre de la vivienda: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>14</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>79290</u> 15.4 Núm. Interior: <u>TANJIN</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 15.7 Código Postal: <u>79290</u> 15.8 Localidad: <u>TANJIN</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 15.10 Entidad federativa: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>03</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>20</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 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>SÍNDROME DE HELICOBACTERIA AGUDA</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>DEUMONIA VIRAL</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) <u>ENFERMEDAD POR CORONARIOS</u> 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 <u>HIPERTENSION ARTERIAL</u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>J80</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 ☐		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> Accidente ☒ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Actividad que tenía el fallecido cuando ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 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 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 Nombre(s) <u>CLAUDIA IVETH</u> Primer Apellido <u>ZARATE</u> Segundo Apellido <u>MORALES</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>HIJA</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>4272075</u> Número de la cédula profesional: _____
27. NOMBRE Nombre(s) <u>EMIRETH</u> Primer Apellido <u>VARGAS</u> Segundo Apellido <u>TROAS</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>14</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>79290</u> 29.4 Núm. Interior: <u>TANJIN</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 29.7 Código Postal: <u>79290</u> 29.8 Localidad: <u>TANJIN</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 29.10 Entidad federativa: <u>SAO LUIS POTOSÍ</u> 29.11 Teléfono: _____		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>03</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u>		
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