



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLI

**FOLIO**  
3705120063705120063705120063705  
**0637051** 120063705

200637051

120063705

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ma. Guadalupe		Medina		
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
26/12/1946		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	San Luis Potosí			
Día Mes Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
MEXE461226MSPOXUDOS		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →		Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos
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) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2
					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		Prolongación Margarita Maza de Juárez				10.2 Nombre de la vialidad
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)						10.1 Tipo de vialidad
125						10.6 Nombre del asentamiento humano
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
				Barrio Sun Miguel Tamazunchale		San Luis Potosí
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		
				Dolores Cesar		Se ignora <input type="radio"/> 9
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:				12. OCUPACIÓN HABITUAL
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2				Hacienda casa
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99				12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación				
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		41504502158				Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11
Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		14.1 Nombre de la unidad médica				Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Hospital rural número 44 Ecatepec				
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		15.1 Tipo de vialidad				15.2 Nombre de la vialidad
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Carrerón San Martín 10, Tamazunchale 3				
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano
				Zacatlán		Tamazunchale
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
01/06/2020		14:40		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
Dia Mes Año		Horas Minutos				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Infarto agudo del miocardio Debido a (o como consecuencia de)				1 hora
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía aguda y/o anemia convaleciente Debido a (o como consecuencia de)				3 días
{		c) Sospecha covid 19 Debido a (o como consecuencia de)				7 días
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		d) Diabetes mell. tipo 2 Cardiopatía isquémica				5 días 18 mes
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Uso exclusivo del personal codificador
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión				22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)
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		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2				Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7				
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

**\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS