



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200637056

2043705820042704236837584200637064200637056

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Arturo Agustín Ramírez		Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
15/2/1964		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD					
AL12A641215SHSPGMPO3		Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique					
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Para ignorar <input type="radio"/> 9		
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos			
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(e) <input type="radio"/> 5	En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4		
				Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL		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
24		Carretera		Mexico Tlaredo		791960		Tamazunchale	San Luis Potosí
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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1 Trabajaba		12.2 Nombre de la vialidad	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		Mejicanero <input type="radio"/> 0		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación:		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6		4108880944-1		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		Unidad médica privada <input type="radio"/> 8		Hogar <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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
24		Carretera		Mexico Tlaredo		791960		Tamazunchale	San Luis Potosí
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
01/06/2020 11:34:55		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda b) Neumonía c) Sospechoso a Covid-19 d) Diabetes Mellitus tipo 2		Código CIE	
21. SÍ LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		21.5 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		3d 18h 2d 14h 3d 14h	
22. SÍ 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)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 8		Área industrial <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8					
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	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		Agustín Ramírez		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input 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		Número de la cédula profesional <input type="radio"/> 7082273 R. No. 44 Nombre <input type="radio"/> 10AN. S.L.	
27. NOMBRE		Miguel Adán López		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		29.1 Tipo de vialidad San Martín		29.2 Nombre de la vialidad Zacateapan	
29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano Tamazunchale		29.7 Código Postal	
29.8 Localidad		29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa San Luis Potosí		29.11 Teléfono		30.1 Fecha de certificación 01/06/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33.1 Localidad		34. DIA		35. MES	
Número <input type="radio"/> Libro Número <input type="radio"/>		32.2 Municipio o Alcaldía		33.2 Municipio o Alcaldía		34.1 Dia		35.2 Mes	
31.1 Acta Número <input type="radio"/>		32.3 Entidad federativa		33.3 Entidad federativa		34.2 Mes		35.3 Año	

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

200637056

DEL CERTIFICANTE

DNI. CRM

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.