



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200637056

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Arturo Agustín Ramírez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/12/1964</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>A12A64121SHSPGM203</u> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
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: Años cumplidos: <u>55</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Carretera México Laredo</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>1xt19m2</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>1xt19m2</u>	
10.3 Núm. Exterior: <u>7919160</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Tamazunchale</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>7919160</u> 10.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Mecánico</u> 12.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4108880944-1</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Carretera México Laredo</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>1xt19m2</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>1xt19m2</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>7919160</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Tamazunchale</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>7919160</u> 15.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/06/2020 13:45</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Neumonia</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>Suspechoso a COVID19</u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u>Difteria Mellitus tipo 2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>3dms</u> Código CIE: <u>2 días</u> Código CIE: <u>3 días</u> Código CIE: <u>14 años</u>	
21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 40 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones biológicas del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>3dms</u>	
22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:</u>	
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>1xt19m2</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>7919160</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>Tamazunchale</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal: <u>7919160</u> 22.7.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa:	
23. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Arturo Agustín Ramírez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: <u>7080273</u> Número de la cédula profesional: <u>R. NO. 44</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 27. NOMBRE: <u>Maria Adelle Aguirre López</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA: <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda: <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>San Agustín</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>7919160</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Tamazunchale</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 29.7 Código Postal: <u>7919160</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>01062020</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: <u>10/06/2020</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: 31.1 Acta Núm.: <u>31.2 Municipio o Alcaldía: 31.3 Entidad federativa: 31.4 Día Mes Año:</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: <u>32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año:</u>	

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

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

200637056

