



# **SECRETARÍA DE SALUD**

## **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017-1

FOLIO

200637249

200637249  
9200637249

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Moises	Nombre(s)	6 Galvan	Primer Apellido	Hernandez	Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO 25 07 1953 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San	Entidad federativa país (si nació en el extranjero)	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	Se ignora <input type="radio"/> 9
5. CURP 6AHMS30725HSPLRS00	Se ignora <input type="radio"/> 99	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	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Barrio 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía	10.1 Tipo de vialidad Calle Barrio	10.2 Nombre de la vialidad San Matlapa	10.6 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Albañil <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Barrio 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 79970 Chalchocoyotlán San Matlapa	15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27 08 2020 16 10 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	<b>a)</b> Síndrome de Dificultad Respiratoria Debido a (o como consecuencia de) <b>b)</b> Sospecha a COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) <b>c)</b> <b>d)</b>					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 horas.	
<b>Causas antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica						Uso exclusivo del personal codificador <b>Código CIE</b> J80	
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo						7 días U07.2	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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"/> 99	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) presunto accidente, homicidio o suicidio				
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						
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal	22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE Nombre(s) Benito	Primer Apellido Galvan	Segundo Apellido Leandro	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo				
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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 Centro de Salud	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9222095						
27. NOMBRE Nombre(s) Keury Yaratzzet	Primer Apellido Quintero	Segundo Apellido Hernert	28. FIRMA Guy T Barno				
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle San Miguel	29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.7 Código Postal 29.10 Entidad federativa	29.3 Número de teléfono 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano					
29.6 Nombre del asentamiento humano 29.9 Municipio o Alcaldía	29.8 Localidad 29.11 Teléfono						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 Acta Núm. 00144	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09 09 2020					
31.1 Acta Núm. 00144	32.4 Día Mes Año						

**ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD**