



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200637347

\*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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

|   |  |   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br>Adolfo Felix Hllopato   |  | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>29/08/1946  |  | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>San Luis Potosí  |  |
| 5. CURP   |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique   |  | Se ignora <input type="radio"/>  |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: Minutos<br>Para menores de un día: Horas<br>Para menores de un mes: Días<br>Para menores de un año: Meses<br>Para personas de un año o más: Años cumplidos  |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/><br>En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  | 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br>10.1 Tipo de vialidad: Calle<br>10.2 Nombre de la vialidad: Herminio Salas G. I.<br>10.3 Núm. Exterior: 106<br>10.4 Núm. Interior:<br>10.5 Tipo de asentamiento humano: Zacatopan<br>10.6 Nombre del asentamiento humano: Tamazunchale<br>10.7 Código Postal:<br>10.8 Localidad:<br>10.9 Municipio o Alcaldía:<br>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí   |  | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/><br>12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>Limpieza<br>12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4083 46 01 068 |  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/><br>14.1 Nombre de la unidad médica:<br>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):<br>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vialidad: Calle<br>15.2 Nombre de la vialidad: Herminio Salas G. I.<br>15.3 Núm. Exterior: 106<br>15.4 Núm. Interior:<br>15.5 Tipo de asentamiento humano: Zacatopan<br>15.6 Nombre del asentamiento humano: Tamazunchale<br>15.7 Código Postal:<br>15.8 Localidad:<br>15.9 Municipio o Alcaldía:<br>15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí   |  | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>   |  | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) Neumonia por COVID-19<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) Debido a (o como consecuencia de)<br>c) Debido a (o como consecuencia de)<br>d) Debido a (o como consecuencia de)<br>Causas antecedentes<br>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo<br>Diabetes tipo 2<br>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br>Uso exclusivo del personal codificador<br>Código CIE<br>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE |  |  |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>43 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"/><br>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>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"/><br>22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)<br>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.7.1 Tipo de vialidad:<br>22.7.2 Nombre de la vialidad:<br>22.7.3 Núm. Exterior:<br>22.7.4 Núm. Interior:<br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano:<br>22.7.6 Nombre del asentamiento humano:<br>22.7.7 Código Postal:<br>22.7.8 Localidad:<br>22.7.9 Municipio o Alcaldía:<br>22.7.10 Entidad federativa: |  | 23. NOMBRE<br>Lucina Felix Hernandez<br>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br>Hija<br>25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/><br>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>8873910<br>Número de la cédula profesional<br>27. NOMBRE<br>Carlos Eduardo Reyes Mayra<br>28. FIRMA<br>29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>29.1 Tipo de vialidad:<br>29.2 Nombre de la vialidad:<br>29.3 Núm. Exterior:<br>29.4 Núm. Interior:<br>29.5 Tipo de asentamiento humano:<br>29.6 Nombre del asentamiento humano:<br>29.7 Código Postal:<br>29.8 Localidad:<br>29.9 Municipio o Alcaldía:<br>29.10 Entidad federativa:<br>29.11 Teléfono:<br>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>17/07/2020 |  |   |  |  |  |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO<br>Núm. _____, Libro Núm. _____<br>31.1 Acta Núm. _____<br>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad:<br>32.2 Municipio o Alcaldía:<br>32.3 Entidad federativa:<br>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