Modelo 2017.1

FOLIO 200637391

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): MAXIMINA — Primer Apellido: CAMACHO — Segundo Apellido: ZARAGOZA

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 11 Mes 05 Año 1963

3. SEXO Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

5. CURP CAZM630511MSPMRX02 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD Mexicana ⊗1 Otra ○2 → Especifique: Se ignora ○9

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: 57 Años cumplidos — Se ignora ○9

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) ○6 Viudo(a) ⊗2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: — 10.2 Nombre de la vialidad: AV. LAZARO CARDENAS
10.3 Núm. Exterior: 13 — 10.4 Núm. Interior: — 10.5 Tipo de asentamiento humano: ZONA CENTRO — 10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal: 79970 — 10.8 Localidad: — 10.9 Municipio o Alcaldía: MATLAPA — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ⊗5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL AMA DE CASA. Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ⊗1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ⊗1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: UNIDAD MEDICA RURAL FAMILIAR MATLAPA
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: — 15.2 Nombre de la vialidad: Francisco I Madero S/N
15.3 Núm. Exterior: — 15.4 Núm. Interior: — 15.5 Tipo de asentamiento humano: ZONA CENTRO — 15.6 Nombre del asentamiento humano:
15.7 Código Postal: 79970 — 15.8 Localidad: — 15.9 Municipio o Alcaldía: MATLAPA — 15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 26 Mes 07 Año 2020 Horas 22 Minutos 10

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ⊗2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Respiratoria Aguda	24 horas	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Caso Sospechoso de SARS COV-2	4 días	
	c)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	OBESIDAD MORBIDA	28 AÑOS	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica, obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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:
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:
22.7.7 Código Postal: — 22.7.8 Localidad: — 22.7.9 Municipio o Alcaldía: — 22.7.10 Entidad federativa:

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s): Uriel — Primer Apellido: Camacho — Segundo Apellido: Zaragoza

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ⊗1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique:

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 3774594

27. NOMBRE Nombre(s): BEATRIZ — Primer Apellido: TERAN — Segundo Apellido: SELUNDINO

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: — 29.2 Nombre de la vialidad: — 29.3 Núm. Exterior: — 29.4 Núm. Interior: — 29.5 Tipo de asentamiento humano:
29.6 Nombre del asentamiento humano: — 29.7 Código Postal: 79970 — 29.8 Localidad: Ahuehuego 1ero
29.9 Municipio o Alcaldía: Matlapa — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosi — 29.11 Teléfono: 4831108235

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 26 Mes 07 Año 2020

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. 05
31.1 Acta Núm. 00107

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: MATLAPA — 32.2 Municipio o Alcaldía: — 32.3 Entidad federativa: S. LP — 32.4 Día 28 Mes 07 Año 2020

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

200637391

Distribución gratuita