SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO 200637410

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): Margarita; Primer Apellido: Rivera; Segundo Apellido: Antonio

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 27 Mes 12 Año 1960

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: RIAM601227HSPVNR08 Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 1 Otra ( ) 2 → 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 059 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) (X) 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: ___
10.3 Núm. Exterior: ___ 10.4 Núm. Interior: ___ 10.5 Tipo de asentamiento humano: ___ 10.6 Nombre del asentamiento humano: ___
10.7 Código Postal: ___ 10.8 Localidad: Temamatla 10.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

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

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Transportista
12.1 Trabajaba: Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna (X) 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 (X) 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: HR 44 Zacatipan
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera 15.2 Nombre de la vialidad: San Martín km 3
15.3 Núm. Exterior: SIN 15.4 Núm. Interior: ___ 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 15.6 Nombre del asentamiento humano: Zacatipan
15.7 Código Postal: ___ 15.8 Localidad: Zacatipan 15.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 02 Mes 08 Año 2020 Horas 21 Minutos 37

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ( ) 1 No (X) 2

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

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Para uso exclusivo de la Secretaría de Salud Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Sospecha de Covid 19	17 días	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Hipertension arterial sistemica	3 días	

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 de la Secretaría de Salud
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 u 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): Daniel Alejandro; Primer Apellido: Rivera; Segundo Apellido: Hernandez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ( ) 1 Médico legista ( ) 2 Otro médico* (X) 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: 6311546

27. NOMBRE: Nombre(s): Adelaido; Primer Apellido: Gavilido; Segundo Apellido: Peralta

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera 29.2 Nombre de la vialidad: San Martín km 3 29.3 Núm. Exterior: SIN 29.4 Núm. Interior: ___ 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Zacatipan 29.7 Código Postal: ___ 29.8 Localidad: Zacatipan
29.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono: ___

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 02 Mes 08 Año 2020

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ___ Libro Núm. ___ 31.1 Acta Núm. ___

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: ___ 32.2 Municipio o Alcaldía: ___ 32.3 Entidad federativa: ___ 32.4 Día ___ Mes ___ Año ___

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

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