Modelo 2017.1

FOLIO 200637415

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTAN 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

200637415

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Tirso Hernández Flores
Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 24 01 1951 (Día Mes Año)

3. SEXO Hombre ✓ 1 Mujer 2 Se ignora 9

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

5. CURP HERT510924HSPRMR01 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 60 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: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Cucaracho Sur
10.3 Núm. Exterior: 2
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Ladrillera
10.6 Nombre del asentamiento humano: Texquitote
10.7 Código Postal: 79970
10.8 Localidad: Matlapa
10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

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 Jornalero 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: IMSS

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: Hospital Rural 44
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera a San Martín Km 3
15.2 Nombre de la vialidad: Colonia
15.3 Núm. Exterior:
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Zacatipan
15.6 Nombre del asentamiento humano:
15.7 Código Postal: 79960
15.8 Localidad: Zacatipan
15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08 02 2021 (Día Mes Año) 09 50 (Horas Minutos)

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, astenia, 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) Síndrome de dificultad respiratoria aguda	7 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía	7 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) COVID 19	7 días	
	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			

IMSS H.R. No. 4 ACATIPAN, S.L.P.

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 Área deportiva 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 2 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 Cesar Hernández Cortés
Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido

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: 4137373

27. NOMBRE Cesar Humberto Banfi Bravo
Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera a San Martín Km 3
29.2 Nombre de la vialidad: Colonia
29.3 Núm. Exterior:
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Zacatipan
29.6 Nombre del asentamiento humano:
29.7 Código Postal: 79970
29.8 Localidad: Zacatipan
29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
29.10 Entidad federativa
29.11 Teléfono: 3623937

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 18 08 2020 (Día Mes Año)

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

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA