SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO 200637550

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

200637550

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Anacleto (Nombre(s)) Mendoza (Primer Apellido) Hernandez (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 13 / 07 / 1962 (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

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

5. CURP: MEHA620713HSPNRN09 Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ○ 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: 58 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: Subida 1
10.3 Núm. Exterior: S/N — 10.4 Núm. Interior: — 10.5 Tipo de asentamiento humano: — 10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal: 79970 — 10.8 Localidad: Escalerar — 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: Albañil — Se ignora ○ 99
12.1 Trabajaba: Si ● 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: Centro de salud matlapa
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SISSA010261711

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Avenida — 15.2 Nombre de la vialidad: Francisco I Madero KM 85
15.3 Núm. Exterior: — 15.4 Núm. Interior: — 15.5 Tipo de asentamiento humano: Calle — 15.6 Nombre del asentamiento humano: 20 Noviembre
15.7 Código Postal: 79970 — 15.8 Localidad: matlapa — 15.9 Municipio o Alcaldía: matlapa — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 15 / 08 / 2020 (Día / Mes / Año) — 11:15 (Horas / Minutos)

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ○ 1 No ● 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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		
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)	Insuficiencia Renal Aguda		
c) Debido a (o como consecuencia de)	Caso sospechoso de Sars cov2		
d)			
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Diabetes mellitus tipo 2		

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? Si ○ 1 No ○ 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ○ 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? Si ○ 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: Fabian (Nombre(s)) Mendoza (Primer Apellido) Santiago (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: 11515473 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE: Sonia Minerva (Nombre(s)) Calleja (Primer Apellido) Navarro (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: Avenida (29.1 Tipo de vialidad) Francisco I madero KM 85 (29.2 Nombre de la vialidad) — 29.3 Núm. Exterior — 29.4 Núm. Interior — Calle (29.5 Tipo de asentamiento humano)
20 Noviembre (29.6 Nombre del asentamiento humano) — 79970 (29.7 Código Postal) — matlapa (29.8 Localidad)
matlapa (29.9 Municipio o Alcaldía) — San Luis potosi (29.10 Entidad federativa) — 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 15 / 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: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Documento de consulta