



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1

FOLIO  
200637629

\*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

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)** Adran de Jesus **Primer Apellido** Alvarez **Segundo Apellido** Almaraz

**2. FECHA DE NACIMIENTO** 27/02/1993 **3. SEXO** Hombre 1 **4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** San Luis Potosí, México

**5. CURP** DIAAAB30102711HSPRBLD0A **6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** No 2 **7. NACIONALIDAD** Mexicana 1

**8. EDAD CUMPLIDA** Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: 027 **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** S/N **10.3 Núm. Exterior** 79900 **10.4 Núm. Interior** **10.5 Tipo de asentamiento humano** Xilitla **10.6 Nombre del asentamiento humano** Xilitla **10.7 Código Postal** **10.8 Localidad** Xilitla **10.9 Municipio o Alcaldía** Xilitla **10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)** San Luis Potosí, México

**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** **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 6 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99 **13.1 Número de seguridad social o afiliación**

**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 **14.1 Nombre de la unidad médica** Hospital Base San Luis Potosí **14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)** **Via pública** 10 **Otro lugar** 12 **Hogar** 11 **Se ignora** 99

**15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** **15.1 Tipo de vialidad** **15.2 Nombre de la vialidad** **15.3 Núm. Exterior** **15.4 Núm. Interior** **15.5 Tipo de asentamiento humano** **15.6 Nombre del asentamiento humano** **15.7 Código Postal** **15.8 Localidad** **15.9 Municipio o Alcaldía** **15.10 Entidad federativa**

DE LA DEFUNCIÓN

**16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN** 18/08/2020 10:30

**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 cardíaco, asfexia, etc.) **Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte** **Uso exclusivo del personal codificador**

**PARTE I** Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente **Código CIE**

a) **Neumonía Atípica** **Debido a (o como consecuencia de)**

b) **Causa Sospechosa Covid-19** **Debido a (o como consecuencia de)**

c) **Debido a (o como consecuencia de)**

d) **Debido a (o como consecuencia de)**

**PARTE II** Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo

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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

**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

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

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** **27. NOMBRE** Jose de Jesus Garcia **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** **29.8 Localidad** **29.9 Municipio o Alcaldía** **29.10 Entidad federativa** **29.11 Teléfono** **30. FECHA DE CERTIFICACIÓN**

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** **32.5 Mes** **32.6 Año**

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



200637629

Francisca Almaraz  
Recebo Origen