Modelo 2017.1

FOLIO 200638926

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 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

200638926

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Francisco (Nombre(s)) Jose (Primer Apellido) Gomez (Segundo Apellido) Gomez

2. FECHA DE NACIMIENTO: 03 11 1939 (Día Mes Año)

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

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

5. CURP: GOGF391109HTSMMR00 Se ignora ( ) 99

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

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 1 Se ignora ( ) 9 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 80 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: Calle; 10.2 Nombre de la vialidad: Artes; 10.3 Núm. Exterior: 310; 10.4 Núm. Interior: ___; 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia; 10.6 Nombre del asentamiento humano: Estrella; 10.7 Código Postal: 78090; 10.8 Localidad: Ciudad Valles; 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles; 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: Pensionado; Se ignora ( ) 99

12.1 Trabajaba: Si ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ( ) 1 ISSSTE ( ) 3 SEDENA ( ) 5 Seguro Popular (X) 7 Otra ( ) 8 IMSS (X) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 IMSS PROSPERA ( ) 10 Se ignora ( ) 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: 41830101 9 SMIR39 PF

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ( ) 1 IMSS (X) 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 General de Zona 6

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

Vía pública ( ) 10 Otro lugar ( ) 12 Hogar ( ) 11 Se ignora ( ) 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Boulevard; 15.2 Nombre de la vialidad: Díaz Ordaz; 15.3 Núm. Exterior: 911; 15.4 Núm. Interior: ___; 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento; 15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero; 15.7 Código Postal: 79000; 15.8 Localidad: Ciudad Valles; 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 31 08 2020 1200 (Día Mes Año 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 cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Para uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria aguda		J960
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): Neumonía, no especificada		J189
	c) Debido a (o como consecuencia de): COVID-19		U071
	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 morboso que la produjo			

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

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: Blanca Esther (Nombre(s)) Tassell (Primer Apellido) Bernal (Segundo Apellido)

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

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: Medico de Guardia

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 5756681

27. NOMBRE: Thalma Rubi (Nombre(s)) Ramirez (Primer Apellido) Cruz (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard; 29.2 Nombre de la vialidad: Díaz Ordaz; 29.3 Núm. Exterior: 911; 29.4 Núm. Interior: ___; 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento; 29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero; 29.7 Código Postal: 79000; 29.8 Localidad: Ciudad Valles; 29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí; 29.11 Teléfono: ___

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 31 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 INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD