



SECRETARÍA DE SALUD

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2013-1

FOLIO

200639480

0200639481

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Ma. Felicitas			M. finex	Toro					
Nombre(s)				Primer Apellido	Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO	8 6 0 3 1 9 5 3	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Santa María del Río, San Luis Potosí				
5. CURP	M A T F 5 3 0 3 0 C M I S P R R L 0 3			Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09				
7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/>			Otra <input type="radio"/> 02	8. EDAD	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> Días Para menores de un año <input type="radio"/> Meses Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos				
9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 06 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 04 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Soltero(a) <input type="radio"/> 01			Se ignora <input type="radio"/> 09	10. RESIDENCIA HABITUAL	Año				
10.1 Tipo de vialidad	Calle			10.2 Nombre de la vialidad	Aguiles					
10.3 Núm. Exterior	190			10.4 Núm. Interior	Colonia					
10.5 Tipo de asentamiento humano	Héros Antoachista			10.6 Nombre del asentamiento humano	Lomas de la Virgen					
10.7 Código Postal	718131810			10.8 Localidad	Son Luis Potosí					
10.9 Municipio o Alcaldía	IMSS PROSPERA			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 01 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 03	Secundaria <input type="radio"/> 05	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL				
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02	ISSSTE <input type="radio"/> 04	SEDENA <input type="radio"/> 06	SEMAR <input type="radio"/> 07	Seguro Popular <input type="radio"/> 07	Completa <input checked="" type="radio"/> 01	Incompleta <input type="radio"/> 02	12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 01	ISSSTE <input type="radio"/> 03	SEDENA <input type="radio"/> 05	Seguro Popular <input type="radio"/> 07	Otra <input type="radio"/> 08	13.1 Número de seguridad social o afiliación	Se ignora <input type="radio"/> 09			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02	IMSS <input type="radio"/> 02	PEMEX <input type="radio"/> 04	SEMAR <input type="radio"/> 06	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01	IMSS <input type="radio"/> 03	PEMEX <input type="radio"/> 05	SEMAR <input type="radio"/> 07	Hospital General de Solidaridad de Gómez Sánchez	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 010			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02	ISSSTE <input type="radio"/> 04	SEDENA <input type="radio"/> 06	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 08	Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	S P I S I S A 0 1 7 3 1 1 3	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Otro lugar <input type="radio"/> 011			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Prolongación			15.1 Tipo de vialidad	Valentín Andrade					
15.3 Núm. Exterior	1112			15.4 Núm. Interior	Colonia					
15.5 Tipo de asentamiento humano	Otra			15.6 Nombre del asentamiento humano	Rivas Bullón					
15.7 Código Postal	181102020			15.8 Localidad	Salcedo de Gómez Sánchez					
15.9 Municipio o Alcaldía	223110			15.10 Entidad federativa	Son Luis Potosí					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	18 11 0 2 0 2 0 2 3 1 0			Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	COVID-19, virus no identificado			Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
PARTE I	Diabetes Mellitus tipo 2			Debido a (o como consecuencia de)	3 días	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Hipertensión Arterial Sistémica			Debido a (o como consecuencia de)	E 11					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Síntome de Dificultad Respiratoria Aguda			Debido a (o como consecuencia de)	I 10					
a)					3 días	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
b)					E 11					
c)					I 10					
d)					J 80					
PARTE II										
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo										
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 01	El parto <input type="radio"/> 02	El puerperio <input type="radio"/> 03	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			Área industrial <input type="radio"/> 06	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			Área deportiva <input type="radio"/> 03	Vivienda particular <input type="radio"/> 00	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07		
Homicidio <input type="radio"/> 02	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 09	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06	Otro <input type="radio"/> 08	Se ignora <input type="radio"/> 09		
Suicidio <input type="radio"/> 03	Se ignora <input type="radio"/> 09									
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				
23. NOMBRE	Juárez			Vega	Nieto					
Nombre(s)	Primer Apellido			Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 01			Médico legista <input type="radio"/> 02	Otro médico* <input type="radio"/> 03	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	Autoridad civil* <input type="radio"/> 05			Otro* <input type="radio"/> 08	*Especifique	1150372				
27. NOMBRE	Gonzalo Ismael Pérez			Rosas	26. FIRMA					
Nombre(s)	Primer Apellido			Segundo Apellido						
29. NOMBRE Y TELÉFONO	Prolongación Galilea Galilea			634	29.5 Tipo de asentamiento humano					
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad			29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior					
Villa Española	17181318191			San Luis Potosí	6111218171233					
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal			29.8 Localidad	29.11 Teléfono					
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa			29.11 Telefono	Dia Mes Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN						