



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

20063966

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Alberto		Primer Apellido	Segundo Apellido				
	Nombre(s)			Palomo					
2. FECHA DE NACIMIENTO	03021955	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			
5. CURP	PAXN550203H5PLXLO5		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2			
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	Para personas de un año o más Meses	O 65 Se ignora <input type="radio"/> 9		
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					10. RESIDENCIA HABITUAL	Prolongación	Acoadas		
10.1 Tipo de vialidad	217	10.2 Nombre de la vialidad	Colonia	10.5 Tipo de asentamiento humano	Soledad de Graciano Sánchez	10.6 Nombre del asentamiento humano	San Lorenzo		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	San Luis Potosí			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Desempleado			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 10	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	14.1 Nombre de la unidad médica	Via pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Hospital General de Soledad	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida Colonia	15.1 Tipo de vialidad	Valentín Amador	15.2 Nombre de la vialidad					
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Genovevo Rivas Guilletén	15.6 Nombre del asentamiento humano					
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	Soledad de Graciano Sánchez	San Luis Potosí.	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	00102020	Día Mes Año	00 34	Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar PARTES I y II)	a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)				odos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la muerte directamente	b) Neumonía probable COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)	c)	d)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	5 días	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
PARTES III y IV						16 días			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)				
	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6					
		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7					
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8					
				Se ignora <input type="radio"/> 9					
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	22.7.1 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	Yolanda	Palomo		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Hermano				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3	Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	3272274				
27. NOMBRE	Lucía Susana Ordóñez	Torres		Número de la cédula profesional					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Av. Madero	Valentín Amador	1112	29.11 Teléfono	Colonia				
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	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día Mes Año						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								
Nombre	Libro Núm.	32.1 Localidad							