



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200639668

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Ruben</u> Primer Apellido <u>Puente</u> Segundo Apellido <u>Rivera</u>						
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>15</u> Mes <u>11</u> Año <u>1968</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Zacatecas</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP <u>PURR681115HZSNVBO3</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique				
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>05</u> Para menores de un día: Horas <u>2</u> Para menores de un mes: Días <u>2</u> Para menores de un año: Meses <u>05</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>52</u>	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 checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9					
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Cerro Blanco</u> 10.3 Núm. Exterior <u>105</u> 10.4 Núm. Interior <u>Fiaccionamiento</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Maria Cecilia</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>781116</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2						
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación						
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99						
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 Hospital General de Saludar de Graciano Sanchez IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>SIPSSA O</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>7313</u>						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Prolongación</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Valentin Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rivas Guillen</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>781436</u> 15.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>20</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u> Horas <u>23</u> Minutos <u>16</u>			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Probable COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes Mellitus 2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>horas</u> <u>1 día</u> <u>1 día</u> <u>años</u>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 22.7.3 Núm. Exterior <u>781436</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rivas Guillen</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>781436</u> 22.7.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa			23. NOMBRE Nombre(s) <u>José Eduardo</u> Primer Apellido <u>Puente</u> Segundo Apellido <u>Ortiz</u>			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 <u>Madre de guarda</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional <u>8026290</u>			27. NOMBRE Nombre(s) <u>José Alfonso</u> Primer Apellido <u>De Luna</u> Segundo Apellido <u>Maizquez</u>			28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Prolongación</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Valentin Amador</u> 29.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rivas Guillen</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>781436</u> 29.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>20</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u>			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>781436</u> Libro Núm. <u>44482601100</u>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>20</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u>			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD