SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO 200639936

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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) — Nombre(s): Federico; Primer Apellido: Valerio; Segundo Apellido: Castro

2. FECHA DE NACIMIENTO — Día: 05 Mes: 01 Año: 1950

3. SEXO — Hombre ⊗1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO — San Luis Potosí — Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP — UACF501005HSPLSD06 — Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? — Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD — Mexicana ⊗1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○

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: 070 Años cumplidos — Se ignora ○

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) ○ En unión libre ○4 Divorciado(a) ⊗3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Salamanca
10.3 Núm. Exterior: 132
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
10.6 Nombre del asentamiento humano: Rural Hidalgo
10.7 Código Postal: 78130
10.8 Localidad: San Luis Potosí
10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
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 ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL — Comerciante — Se ignora ○
12.1 Trabajaba Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD — Ninguna ⊗1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación:

DE LA DEFUNCIÓN

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 General Soledad
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
Vía pública ○10 Otro lugar ○1 Hogar ○11 Se ignora ○

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Prolongación
15.2 Nombre de la vialidad: Valentín Amador
15.3 Núm. Exterior: 1112
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen
15.7 Código Postal: 78436
15.8 Localidad: Soledad
15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN — Día: 27 Mes: 10 Año: 2020 Horas: 05 Minutos: 54

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? — Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? — Sí ○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	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente — a)	Síndrome de Insuficiencia Respiratoria	2 semanas	
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)	SARS COV 2	1 Semana	
c) Debido a (o como consecuencia de)			
d)			
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? — Sí ○1 No ○2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? — Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
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? 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 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 — Nombre(s): Javier; Primer Apellido: Valerio; Segundo Apellido: Peballoso

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) — Hijo

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 — Número de la cédula profesional: 10216516

27. NOMBRE — Nombre(s): Lehua; Primer Apellido: Texis; Segundo Apellido: Texis

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Prolongación
29.2 Nombre de la vialidad: Valentín Amador
29.3 Núm. Exterior: 1112
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen
29.7 Código Postal: 78436
29.8 Localidad: Soledad
29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN — Día: 27 Mes: 10 Año: 2020

EG. L

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

200639936