



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
210829269
210829269 210829269 210829269 210829269

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Tomas Mendoza Herrera Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 10/10/1934 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP MLC101013-1-103107115910106 Se ignora ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana ☒ Otra ☐ 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: Años cumplidos 86 Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Andrés Bello 10.1 Tipo de vivienda 29 10.2 Nombre de la vivienda Obispo 10.3 Núm. Exterior 7197310 10.4 Núm. Interior 105 10.5 Tipo de asentamiento humano Tamayo 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 7197310 10.8 Localidad Tamayo 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐		
12. OCUPACIÓN HABITUAL Obrero 12.1 Trabajaba ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación 4164341083 5M1934PE		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General ☒ 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 6 14.3 Nombre de la unidad médica Hospital General 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 6 14.5 Nombre de la unidad médica Hospital General 14.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 6 14.7 Nombre de la unidad médica Hospital General 14.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 6 14.9 Nombre de la unidad médica Hospital General 14.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 6		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Andrés Bello 15.1 Tipo de vivienda 29 15.2 Nombre de la vivienda Obispo 15.3 Núm. Exterior 7197310 15.4 Núm. Interior 105 15.5 Tipo de asentamiento humano Tamayo 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 7197310 15.8 Localidad Tamayo 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09/12/2020 17:02 Día Mes Año Horas Minutos		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir e ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Suspecha de Coronavirus SARS-CoV2 Debido a (o como consecuencia de) c) Hiperplasia de la próstata Debido a (o como consecuencia de) d) Hiperplasia de la próstata Debido a (o como consecuencia de) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días 11 días 10 años Código CIE 3 11 10		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 10		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) 10 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 10 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 10 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 29 22.7.2 Nombre de la vivienda Obispo 22.7.3 Núm. Exterior 7197310 22.7.4 Núm. Interior 105 22.7.5 Tipo de asentamiento humano Tamayo 22.7.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 22.7.7 Código Postal 7197310 22.7.8 Localidad Tamayo 22.7.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE Tomas Pablo Mendoza Salazar Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 10643314		
27. NOMBRE Sergio Palacios Compean Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
28. FIRMA Sergio Palacios Compean		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 29 29.2 Nombre de la vivienda Obispo 29.3 Núm. Exterior 7197310 29.4 Núm. Interior 105 29.5 Tipo de asentamiento humano Tamayo 29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 29.7 Código Postal 7197310 29.8 Localidad Tamayo 29.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09/12/2020 Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 10 Libro Núm. 10 31.1 Acta Núm. 10		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 10 32.2 Municipio o Alcaldía 10 32.3 Entidad federativa 10 32.4 Día Mes Año 10		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL ESTADO