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

Modelo 2017.1
FOLIO 210830314

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

210830314

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): FRANCISCO; Primer Apellido: MARENTE; Segundo Apellido: LÓPEZ

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 05 Mes 12 Año 1961

3. SEXO: Hombre [X] Mujer [ ] Se ignora [ ]

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

5. CURP: MALF611205HSPRPR04 Se ignora [ ]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí [ ] No [X] Se ignora [ ]

7. NACIONALIDAD: Mexicana [X] Otra [ ] → 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: 058 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) [ ] Viudo(a) [ ] Casado(a) [X] En unión libre [ ] Divorciado(a) [ ] Soltero(a) [ ] 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: Alejandrina
10.3 Núm. Exterior: 1468
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
10.6 Nombre del asentamiento humano: Valle Dorado
10.7 Código Postal: 78399
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 [ ] Preescolar [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Bachillerato o preparatoria [ ] Profesional [X] Posgrado [ ] Se ignora [ ]
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa [X] Incompleta [ ]

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Químico; Se ignora [ ]
12.1 Trabajaba: Sí [X] No [ ] Se ignora [ ]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna [X] IMSS [ ] ISSSTE [ ] SEDENA [ ] Seguro Popular [ ] Otra [ ] IMSS PROSPERA [ ] PEMEX [ ] SEMAR [ ] Se ignora [ ]
13.1 Número de seguridad social o afiliación:

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud [X] IMSS PROSPERA [ ] IMSS [ ] ISSSTE [ ] PEMEX [ ] SEDENA [ ] SEMAR [ ] Otra unidad pública [ ] Unidad médica privada [ ] Vía pública [ ] Hogar [ ] Otro lugar [ ] Se ignora [ ]
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad de Graciano S
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Prolongación
15.2 Nombre de la vialidad: Valentín Amador Rivas Guillen
15.3 Núm. Exterior: 1112
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano:
15.7 Código Postal: 78-436
15.8 Localidad: Soledad de Graciano S
15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano S
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 02 Mes 11 Año 2020 Horas 11 Minutos 45

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí [X] No [ ] Se ignora [ ]

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí [ ] No [X]

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) SIRA
Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
b) Neumonía por COVID-19
Debido a (o como consecuencia de)
c)
Debido a (o como consecuencia de)
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: a) 48 hrs; b) 5 días

PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Obesidad.

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: 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 propias del embarazo, parto o puerperio? Sí [ ] No [ ]
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí [ ] No [ ]

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 [ ] Homicidio [ ] Suicidio [ ] Se ignora [ ]
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí [ ] No [ ] Se ignora [ ]
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular [ ] Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) [ ] Escuela u oficina pública [ ] Área deportiva [ ] Calle o carretera (vía pública) [ ] Área comercial o de servicio [ ] Área industrial (taller, fábrica u obra) [ ] Granja (rancho o parcela) [ ] Otro [ ] Se ignora [ ]
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): Virginia; Primer Apellido: Durantes; Segundo Apellido: Sanchez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Esposa

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante [ ] Médico legista [ ] Otro médico* [X] Médico de Guardia; Persona autorizada por la Secretaría de Salud [ ] Autoridad civil* [ ] Otro* [ ] *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 3625903

27. NOMBRE: Nombre(s): Francisco; Primer Apellido: Méndez; Segundo Apellido: Perez

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Prolongación
29.2 Nombre de la vialidad: Valentín Amador Rivas Guillen
29.3 Núm. Exterior: 1112
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Soledad de Graciano Sanchez
29.7 Código Postal: 78436
29.8 Localidad: Soledad de Graciano S.
29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
29.10 Entidad federativa:
29.11 Teléfono: 4448260100

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 02 Mes 11 Año 2020

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____
31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad:
32.2 Municipio o Alcaldía:
32.3 Entidad federativa:
32.4 Día Mes Año

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

Versión gratuita