



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.

FOLIO
EDITION

210830318

210830318 210830318 210830318 210830318 210830318 210830318
210830318 210830318 210830318 210830318 210830318 210830318

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s)	Francisco	Lopez	Primer Apellido	Balderas	Segundo Apellido
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	12 09 1972	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 09	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	San Luis Potosí	
5. CURP	LOCBF720912HSPPLR02	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 01 Otra <input type="checkbox"/> 02 → Especifique	Se ignora <input type="checkbox"/> 09		
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	1048 Se ignora <input type="checkbox"/> 09
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) <input type="checkbox"/> 06 En unión libre <input type="checkbox"/> 04 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 03 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 01 Se ignora <input type="checkbox"/> 09	Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 05
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Calle Tracaventuno			Hacienda Jesus Maria		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Hacienda de Tacavandus			10.6 Nombre del asentamiento humano
71811317		San Luis Potosí	San Luis Potosí			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía				
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="checkbox"/> 01 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 07 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 08	Primaria <input type="checkbox"/> 03 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 05 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> 01 Incompleta <input type="checkbox"/> 02	12. OCCUPACIÓN HABITUAL Comerciante	12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 01 IMSS <input type="checkbox"/> 02 ISSSTE <input type="checkbox"/> 04	SEDENA <input type="checkbox"/> 05 PEMEX <input type="checkbox"/> 04	SEDENA <input type="checkbox"/> 06 SEMAR <input type="checkbox"/> 06	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 07 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	13.1 Número de seguridad social o afiliación Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 01 IMSS <input type="checkbox"/> 03 PEMEX <input type="checkbox"/> 05	SEMAR <input type="checkbox"/> 07 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 08	Hospital General de Soledad	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa
1112	71811316		Población Colonia	Valentin Amador Ruiz Guillen	GS	San Luis Potosí
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día Mes Año	Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02		
10 21 11 2020	11 6 30					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			19.1 Causa de la defunción Neumonía covid-19		
a) Debido a (o como consecuencia de)				19.2 Modos de morir fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	19.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 9 días
b) Debido a (o como consecuencia de)						
c) Debido a (o como consecuencia de)						
d) Debido a (o como consecuencia de)						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Oncología Hipertensión arterial sistémica			19.4 Causa de la defunción Hemorragia cerebral	19.5 Causa de la defunción Insuficiencia cardíaca	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 <input type="checkbox"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 04	El parto <input type="checkbox"/> 02 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 05	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 01 Suicidio <input type="checkbox"/> 03	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 00 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 02	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial <input type="checkbox"/> 06 Área deportiva <input type="checkbox"/> 03 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 01 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	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			
23. NOMBRE Nombre(s)	Carmen Beatriz	Altamira	González	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 01 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 04	Médico legista <input type="checkbox"/> 02 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 05	Otro médico* <input type="checkbox"/> 03 Otro* <input type="checkbox"/> 08	Jef. de Medicina Interna.	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
*Especifique				Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Nombre(s)	Edgard Alejandro	González	Carbajal	28. FIRMA		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Número de la vialidad	29.1 Población	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior		
Ruta, Guillen	71811316	Valentin Amador	1112	Colonia		
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	29.5 Tipo de asentamiento humano		
Sociedad de G.S.	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	03112020	Día Mes Año		
29.9 Municipio o Alcaldía						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Número	32.1 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Número	REG. CIVIL		