



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1

5010

210830323

210830323

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|--|---|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Cipriano Nombre(s) | 2. FECHA DE NACIMIENTO 21 6 1911 19 5 18 Día Mes Año | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | 5. CURP VIEGICIS8019119518 | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 99 Si <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 | 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 | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 3 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 | |
| Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | 8.2 Semanas de gestación: | 8.3 Peso (gramos): | 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 69 A 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 13181918131 | 10.6 Nombre de la vialidad Alvaro Obregón 10.7 Código Postal 10.8 Localidad Av. Ignacio Zaragoza | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí 10.9 Municipio o Alcaldía Almolíllo de los Infantes | |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 | | Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8 | Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 | Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | 12. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 | | ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 | SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 | IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 | Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 13.1 Número de seguridad social o afiliación 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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 | Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 117 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.7 Código Postal | | 15.1 Tipo de vialidad Hospital | 15.5 Tipo de asentamiento humano Sociedad de Gremio | 15.8 Localidad Av. Ignacio Zaragoza | 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí | 15.10 Entidad federativa 15.2 Nombre de la vialidad Hospital General de Salud | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10 3 11 20 20 11 15 4 11 Día Mes Año Horas Minutos | | 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"/> 99 | | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | | |
| 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 | | a) Síndrome insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) | | b) Neumonía COVID 19 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 | | c) Acidosis metabólica Debido a (o como consecuencia de) | | d) Insuficiencia renal Aguda - | | | |
| PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo 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 <input type="radio"/> 1 Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 | | 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 | | | |
| 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 | | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 | | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) Area industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 | | | |
| 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | 22.6 Describa brevemente la situación | | 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 | | | |
| 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) David | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer Apellido Grande Segundo Apellido Sánchez | | 25. CERTIFICADO POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 | | | |
| Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7543300 | | 27. NOMBRE Nombre(s) Luis Francisco | | | |
| Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8 | | *Especifique | | 28. FIRMA | | | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida 7819 315 | | 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad | | 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior | | | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano Hospital General de Salud | | 29.7 Código Postal | | 29.8 Localidad | | | |
| 29.9 Municipio o Alcaldía | | 29.10 Entidad federativa | | 29.11 Teléfono | | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03 11 2020 | | | |