



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

210830323

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Cipriano

Vega

García

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

21/09/1958

3. SEXO

Hombre ☒ Mujer ☐

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

San Luis Potosí

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

VIEGIC580926HSPGIRP08

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si ☐ No ☒

7. NACIONALIDAD

Mexicana ☒

Otra ☐

Se ignora ☐

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Para menores de un día

Para menores de un mes

Para menores de un año

Para personas de un año o más

Años cumplidos

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) ☒

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

10.2 Nombre de la vialidad

10.3 Núm. Exterior

10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

10.7 Código Postal

10.8 Localidad

10.9 Municipio o Alcaldía

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD

Ninguna ☐

Preescolar ☐

Primaria ☒

Secundaria ☐

Bachillerato o preparatoria ☐

Profesional ☐

Posgrado ☐

Se ignora ☐

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa ☒

Incompleta ☐

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Agricultor

Se ignora ☐

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

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☐

IMSS ☐

PEMEX ☐

SEMAR ☐

IMSS PROSPERA ☐

ISSSTE ☐

SEDENA ☐

Otra unidad pública ☐

Unidad médica privada ☐

Hospital General de Salud

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública ☐

Otro lugar ☐

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar ☐

Se ignora ☐

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad

15.2 Nombre de la vialidad

15.3 Núm. Exterior

15.4 Núm. Interior

15.5 Tipo de asentamiento humano

15.7 Código Postal

15.8 Localidad

15.9 Municipio o Alcaldía

15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

10/3/11 20:20

11:54

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

(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Síndrome insurreccional respiratoria aguda

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 COVID 19

Debido a (o como consecuencia de)

c) Acidosis metabólica

Debido a (o como consecuencia de)

d) Insurreccional 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

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

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?

Si ☐

No ☐

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si ☐

No ☐

Uso exclusivo del personal codificador

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN