



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2517.1

210830412

210830412

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Luis		Primer Apellido	Tovar		(Continuado)		
	Nombre(s)			Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO	2011-12-19	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí				
Dia Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP	LTCVCLIS211220HISPTZ121013		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Especifique	Se ignora <input type="radio"/> 99	
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				
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="radio"/> 06 En Unión libre <input type="radio"/> 04 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 99	Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99		
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	Calle		10.2 Nombre de la vialidad	Av. Valentín Almada		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Calle	10.6 Nombre del asentamiento humano	Colonia 21 de Marzo	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
784339				Hospital General de Zona	San Luis Potosí				
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 01 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 08	Primaria <input type="radio"/> 03 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Intelectivo	Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06	SEDENA <input type="radio"/> 05 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 07	Otra <input type="radio"/> 08 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"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06	Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 08	Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	14.1 Nombre de la unidad médica	Hospital General de Zona	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	Avenida	15.2 Nombre de la vialidad	Av. Valentín Almada					
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Hospital	15.6 Nombre del asentamiento humano	Hospital General de Zona				
784339		15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	San Luis Potosí				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	04/11/2020	11:43:10	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
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					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
	a)	Síndrome insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)					días		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b)	Neumonía Atípica Debido a (o como consecuencia de)					días		
	c)	Debido a (o como consecuencia de)							
	d)								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo									
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador			
El embarazo <input type="radio"/> 01	El parto <input type="radio"/> 02	El puerperio <input type="radio"/> 03	Si <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Si <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
43 días a 11 meses	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05								
después del parto o aborto <input type="radio"/> 04									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)				
	Si <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 99	Vivienda particular <input type="radio"/> 00	Área deportiva <input type="radio"/> 03	(taller, fábrica u obra)			
				Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01	Calle o carretera <input type="radio"/> 04	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 07			
				Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05	Otro <input type="radio"/> 08			
						Se ignora <input type="radio"/> 09			
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						
784339									
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa						
23. NOMBRE	Luis Rodríguez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Hijo.					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 01 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04		Médico legista <input type="radio"/> 02 Autoridad civil* <input type="radio"/> 05	Otro médico* <input type="radio"/> 03 Otro* <input type="radio"/> 08	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			78433900	
					*Especifique			Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE	Luis Francisco		28. FIRMA						
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Avenida		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
	Hospital General de Zona							04/11/2020	
	Ciudad de México								
	784339								
	29.6 Nombre del asentamiento humano								
	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 OFICINA DE HIGIENE	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								