



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017/1
FOLIO

210830420 210830420 210830420 210830420 210830420

210830420 210830420 210830420 210830420 210830420

DEL INF. DEL CERTIFICANTE		<p align="center">1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</p> <p align="center">Juan Manuel Aquilar Torres</p> <p align="center">Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p align="center">2. FECHA DE NACIMIENTO</p> <p align="center">12 4 0 6 1 9 7 3</p> <p align="center">Día Mes Año</p> <p align="center">3. SEXO</p> <p align="center">Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</p> <p align="center">San Luis Potosí</p> <p align="center">Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p>									
		<p align="center">5. CURP</p> <p align="center">1A6TJ7306124HSPGRN03</p> <p align="center">Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p align="center">Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</p> <p align="center">Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">7. NACIONALIDAD</p> <p align="center">Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</p>									
		<p align="center">8. EDAD CUMPLIDA</p> <p align="center">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</p> <p align="center">Minutos Horas Días Meses Años cumplidos</p> <p align="center">Para menores de 28 días anote:</p> <p align="center">8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</p>									
		<p align="center">8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):</p> <p align="center">10.1 Tipo de vialidad</p> <p align="center">10.2 Nombre de la vialidad</p> <p align="center">10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior</p> <p align="center">10.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p align="center">10.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p align="center">10.7 Código Postal</p> <p align="center">10.8 Localidad</p> <p align="center">10.9 Municipio o Alcaldía</p> <p align="center">10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p>									
		<p align="center">10. RESIDENCIA HABITUAL</p> <p align="center">Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</p> <p align="center">Calle Fernando Bello Bustamante</p> <p align="center">227 Colonia Ricardo B. Andaya</p> <p align="center">10.11 La escolaridad seleccionada es:</p> <p align="center">Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</p> <p align="center">12. OCUPACIÓN HABITUAL</p> <p align="center">Editor</p> <p align="center">12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>									
		<p align="center">13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</p> <p align="center">Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p align="center">13.1 Número de seguridad social o afiliación</p> <p align="center">14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</p> <p align="center">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 Hospital General de Soledad</p> <p align="center">14.1 Nombre de la unidad médica</p> <p align="center">IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Soledad de Arcosano Sánchez San Luis Potosí</p> <p align="center">14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p align="center">15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</p> <p align="center">Avenida Valentín Amador</p> <p align="center">1112 Colonia Genovevo Rivas Guillén</p> <p align="center">15.1 Tipo de vialidad</p> <p align="center">15.2 Nombre de la vialidad</p> <p align="center">15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior</p> <p align="center">15.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p align="center">15.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p align="center">15.7 Código Postal</p> <p align="center">15.8 Localidad</p> <p align="center">15.9 Municipio o Alcaldía</p> <p align="center">15.10 Entidad federativa</p>									
		<p align="center">16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</p> <p align="center">0 6 1 1 1 2 0 1 2 0 0 1 2 1 5 9</p> <p align="center">Día Mes Año Horas Minutos</p> <p align="center">17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</p> <p align="center">Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</p> <p align="center">Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p> <p align="center">19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p align="center">PARTE I</p> <p align="center">Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p align="center">a) Neumonía por SARS COV2</p> <p align="center">Debido a (o como consecuencia de)</p> <p align="center">b) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</p> <p align="center">Debido a (o como consecuencia de)</p> <p align="center">c) </p> <p align="center">Debido a (o como consecuencia de)</p> <p align="center">d) </p> <p align="center">PARTE II</p> <p align="center">Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p align="center">Hiperpresión Arterial</p> <p align="center">Años</p> <p align="center">14 días</p> <p align="center">Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</p> <p align="center">Usa exclusivo del personal codificado</p> <p align="center">Código CIE</p>									
		<p align="center">20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</p> <p align="center">Código CIE</p> <p align="center">21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p align="center">21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p align="center">El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3</p> <p align="center">43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p align="center">Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</p> <p align="center">Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p align="center">21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</p> <p align="center">Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p align="center">22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</p> <p align="center">Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6</p> <p align="center">Área deportiva (pista, cancha) <input type="radio"/> 3</p> <p align="center">Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4</p> <p align="center">Vivienda particular (casa, apartamento) <input type="radio"/> 0</p> <p align="center">Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1</p> <p align="center">Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2</p> <p align="center">Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5</p> <p align="center">Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7</p> <p align="center">Otro <input type="radio"/> 8</p> <p align="center">Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p align="center">22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p align="center">22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p align="center">22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p align="center">22.7.1 Tipo de vialidad</p> <p align="center">22.7.2 Nombre de la vialidad</p> <p align="center">22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior</p> <p align="center">22.7.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p align="center">22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p align="center">22.7.7 Código Postal</p> <p align="center">22.7.8 Localidad</p> <p align="center">22.7.9 Municipio o Alcaldía</p> <p align="center">22.7.10 Entidad federativa</p> <p align="center">23. NOMBRE</p> <p align="center">Mg de Lourdes Ventura Martínez</p> <p align="center">Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p align="center">24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</p> <p align="center">Esposo</p>									
		<p align="center">25. CERTIFICADA POR</p> <p align="center">Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3</p> <p align="center">Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique</p> <p align="center">26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p align="center">3277274</p> <p align="center">Número de la cédula profesional</p> <p align="center">27. NOMBRE</p> <p align="center">Lucía Susana Ordóñez Torres</p> <p align="center">Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p align="center">28. FIRMA</p> <p align="center">Lucía</p> <p align="center">Colonia</p> <p align="center">29. DOMICILIO y TELÉFONO</p> <p align="center">Avenida Valentín Amador 1112</p> <p align="center">Colonia Genovevo Rivas Guillén 781314161</p> <p align="center">29.1 Tipo de vialidad</p> <p align="center">29.2 Nombre de la vialidad</p> <p align="center">29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior</p> <p align="center">29.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p align="center">29.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p align="center">29.7 Código Postal</p> <p align="center">29.8 Localidad</p> <p align="center">29.9 Municipio o Alcaldía</p> <p align="center">29.10 Entidad federativa</p> <p align="center">29.11 Teléfono</p> <p align="center">30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</p> <p align="center">0 6 1 1 2 0 1 2 6</p> <p align="center">Día Mes Año</p>									
		<p align="center">31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIA D. IIIZGANO</p> <p align="center">32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p>									

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL FALLECIDO(A) Y A LOS SUCURSOS DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



210830420