



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830422

210830422 210830422 210830422 210830422 210830422
210830422 210830422 210830422 210830422 210830422
210830422 210830422 210830422 210830422 210830422

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		<u>José Arturo</u>		Aguilar		Valadez	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
11/12/1963		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O ₉		San Luis Potosí			
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
LAUVAG6312116HSPGLR07		Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉		Mexicana <input type="radio"/> O ₁ Otra <input type="radio"/> O ₂		Se ignora <input type="radio"/> O ₉	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
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)		10.1 Tipo de vialidad		de Pueblo	
				Calle Habitación		10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		micales	
1784170				10.6 Nombre del asentamiento humano		San Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
10.11.1		10.12.1		10.13.1			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> O ₁ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> O ₇		Preescolar <input type="radio"/> O ₁₂ Profesional <input type="radio"/> O ₈		Primaria <input type="radio"/> O ₃ Posgrado <input type="radio"/> O ₁₀	
						Secundaria <input type="radio"/> O ₅ Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> O ₁ IMSS <input type="radio"/> O ₂		ISSSTE <input type="radio"/> O ₃ PEMEX <input type="radio"/> O ₄		SEDENA <input type="radio"/> O ₅ SEMAR <input type="radio"/> O ₆	
						IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O ₁₀ Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> O ₁ IMSS <input type="radio"/> O ₃ PEMEX <input type="radio"/> O ₅		SEMAR <input type="radio"/> O ₇ Unidad médica privada <input type="radio"/> O ₉		Hospital General de Scedad	
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O ₂ ISSSTE <input type="radio"/> O ₄ SEDENA <input type="radio"/> O ₆		Otra unidad pública <input type="radio"/> O ₈		14.1 Nombre de la unidad médica	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		1112 Hospital		15.1 Tipo de vialidad		Valentin Amador	
		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		Hospital General de Scedad	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
10.14.1		10.14.2		10.14.3		10.14.4	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		10/11/11 2020 06:44		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
		Dia Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉		Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar PARTE I)		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
		a) Debido a (o como consecuencia de)		Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda		días	
		b) Debido a (o como consecuencia de)		Neumonía COVID 19		días	
		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 morbo que la produjo		Obedicid		años	
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?	
		El embarazo <input type="radio"/> O ₁ 43 días a 11 meses		El parto <input type="radio"/> O ₂ No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> O ₅		Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		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(la) fallecido(a)	
		Accidente <input type="radio"/> O ₁ Suicidio <input type="radio"/> O ₃		Vivienda particular <input type="radio"/> O ₀ Vivienda colectiva <input type="radio"/> O ₁ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O ₂		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> O ₆ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> O ₄ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> O ₅	
		Homicidio <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉				Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> O ₇ Otro <input type="radio"/> O ₈	
		Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉				Se ignora <input type="radio"/> O ₉	
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		<u>Miguel Socorro</u> Juárez		Zacatecas		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Pareja	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> O ₁ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> O ₄		Médico legista <input type="radio"/> O ₂ Autoridad civil* <input type="radio"/> O ₅		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
		Otro médico* <input type="radio"/> O ₃ Otro* <input type="radio"/> O ₈		*Especifique		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		<u>Luis Francisco</u> Ruiz		Valle.		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Avenida		Valentín Amador.		29.10 Entidad federativa	
		Hospital General de Scedad		1112		29.1 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior	
		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
		Scedad de Graciano					
		29.9 Municipio o Alcaldía				Hospit	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Oficina o Juzgado						06/11/2020	
						Dia Mes Año	

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

210830422