



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830538

210830538 210830538 210830538 210830538 210830538 210830538 210830538 210830538 210830538 210830538 210830538 210830538

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Eduardo	Querétaro	Reyes		
2. FECHA DE NACIMIENTO		Dia 09 Mes 03 Año 1931	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input 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
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 124	8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	10.2 Nombre de la vialidad Av. Benito Juárez	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Ande el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.7 Código Postal 10.8 Localidad	10.5 Tipo de asentamiento humano 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí	10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí		
11. ESCOLARIDAD		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	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL desempleado		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 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	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 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8	Hospital General de Sanidad			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad Avenida 15.2 Nombre de la vialidad Valentín Améndola				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.7 Código Postal 15.8 Localidad	15.5 Tipo de asentamiento humano 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí			
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"/> 9	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			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte días	
		a) Sindrome insulceroso respiratorio agudo Debido a (o como consecuencia de)			Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
		b) Neumonía covid 19 Debido a (o como consecuencia de)				
		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		enfermedad renal crónica	Hipertensión arterial sistémica	anos	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:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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, circunstancia o motivos en que se produjo 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		22.7.11 Nombre del fallecido (a) Luis Jesús	22.7.12 Primer Apellido Querétaro	22.7.13 Segundo Apellido Reyes	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	Certificado. *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7543300		
27. NOMBRE		27.1 Nombre del fallecido (a) Iñaki Francisco	27.2 Primer Apellido Patricio	27.3 Segundo Apellido Valle	28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad Avenida	29.2 Nombre de la vialidad Valentín Améndola	29.3 Núm. Exterior 117	29.4 Núm. Interior	
		Hospital General de Sanidad	29.7 Código Postal 17184135	Hospital	29.5 Tipo de asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE LA JUZGADURA		29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 01/06/2020		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		29.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	29.10 Entidad federativa			

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

210830538

DEL FALLECIDO

DEL CERTIFICANTE