Modelo 2017.1

FOLIO 210830542

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

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

210830542

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): Gilberto; Primer Apellido: Pineda; Segundo Apellido: Maldonado

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 24 Mes 02 Año 1955

3. SEXO Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): San Luis Potosí

5. CURP PIMG550224HSPNLL04 Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD Mexicana ● 1 Otra ○ 2 → Especifique: Se ignora ○ 9

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: 065 Años cumplidos; Se ignora ○ 9

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) ○ 6 Viudo(a) ○ 2 Casado(a) ● 5 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Felipe Angeles
10.3 Núm. Exterior: 218
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
10.6 Nombre del asentamiento humano: División del Norte
10.7 Código Postal: 78110
10.8 Localidad: San Luis Potosí
10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria ● 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato o preparatoria ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ 1 Incompleta ● 2

12 OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante; Se ignora ○ 99
12.1 Trabajaba Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seguro Popular ○ 7 Otra ● 8 IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS PROSPERA ○ 10 Se ignora ○ 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ● 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 IMSS PROSPERA ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Unidad médica privada ○ 9 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Calle
15.2 Nombre de la vialidad: Prolongación Valentín Amador
15.3 Núm. Exterior: 1112
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillén
15.7 Código Postal: 78435
15.8 Localidad:
15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sánchez
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 07 Mes 11 Año 2020 Horas 13 Minutos 02

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 No ○ 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa
Debido a (o como consecuencia de)
b) Neumonía Viral
Debido a (o como consecuencia de)
c)
Debido a (o como consecuencia de)
d)

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 24 hrs; 7 días

Uso exclusivo del personal codificador — Código CIE

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ 1 El parto ○ 2 El puerperio ○ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2 Área deportiva ○ 3 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s): Alexandra; Primer Apellido: Pineda; Segundo Apellido: Moncal

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hija

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico* ● 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil* ○ 5 Otro* ○ 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 5818175

27. NOMBRE Nombre(s): Reyna Alejandra Juscamita; Primer Apellido: Robles; Segundo Apellido:

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Calle
29.2 Nombre de la vialidad: Prolongación Valentín Amador
29.3 Núm. Exterior: 1112
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillén
29.7 Código Postal: 78435
29.8 Localidad:
29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sánchez
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 07 Mes 11 Año 2020

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm._____, Libro Núm._____
31.1 Acta Núm._____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o Alcaldía
32.3 Entidad federativa
32.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Documento gratuito