



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210830546

210830546

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Génaro		Ramírez		Hernández					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO		02/11/2011		9611		2011					
Día Mes Año		3. SEXO		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
RAHGB111202HSPMRN09		5. CURP		5. Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		5. Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes					
Minutos		Horas		Días		Meses					
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) <input type="radio"/> 06					
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Localidad		Avanzada		Casado(a) <input type="radio"/> 05					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		Soltero(a) <input type="radio"/> 01					
71814180				Mojiquito de Carrizal		Se ignora <input type="radio"/> 09					
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/> 099					
Ninguna <input type="radio"/> 01		Preescolar <input type="radio"/> 12		Primaria <input type="radio"/> 03		Secundaria <input type="radio"/> 05					
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07		Profesional <input type="radio"/> 08		Posgrado <input type="radio"/> 10		Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		12.1 Trabajaba		Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09					
IMSS <input type="radio"/> 02		ISSSTE <input type="radio"/> 03		SEDENA <input type="radio"/> 05		Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02		PEMEX <input type="radio"/> 04		SEMAR <input type="radio"/> 06		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 010 Otro lugar <input type="radio"/> 012					
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		Unidad médica privada <input type="radio"/> 09					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano					
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o Alcaldía					
1112		Colonia		Prolongación		Soledad Graciano Sánchez San Luis Potosí					
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.10 Entidad federativa		Rivas Guillen					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día		16.2 Mes		16.3 Año		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
08/11/2020		11		12		14:33		Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 099		Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" 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.)		19.1 Causa 1		19.2 Causa 2		19.3 Causa 3		19.4 Causa 4		19.5 Causa 5	
PARTE I		a) Choque Septico		b) Neumonía por COVID-19		c) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica		d)			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)					
Causas antecedentes		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica									
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo 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?		21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.5 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
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		Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte		05							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente		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)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
Accidente <input type="radio"/> 01		Homicidio <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05		Área industrial <input type="radio"/> 06 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 03 Rancho o parcela <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09			
Suicidio <input type="radio"/> 03		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			
1112											
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE		Valentín		Ramírez		Hernández		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Hermano	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 01		Médico legista <input type="radio"/> 02		Otro médico* <input type="radio"/> 03		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04		Autoridad civil* <input type="radio"/> 05		Otro* <input type="radio"/> 08		Directivo Guardia		Número de la cédula profesional		6880359	
*Especifique											
27. NOMBRE		Mercedes Lucía Sánchez		Gallardo				28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Prolongación		Valentín Amador		1112		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
Bivas Guillen											
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o Alcaldía		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		29.11 Teléfono	
Soledad Graciano Sánchez San Luis Potosí		71814180				4448260100		08/11/2020			
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		Día Mes Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIA I A NÚMERO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									