



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

210830547
210830547 210830547 210830547 210830547

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 PARTICULARS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Mo. Remedios Aguilar		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO	01 09 1948	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>
5. CURP	AUXR480901MSPGXM04	Se ignora <input type="radio"/> 09	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 →	Se ignora <input type="radio"/> 09
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses
Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación		Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	8.3 Peso (gramos):
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 01 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 08	Primaria <input checked="" type="radio"/> 03 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99
12. Ocupación Habitual	Hogar		10.7 Código Postal	10.8 Localidad
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 02	ISSSTE <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 04	SEDENA <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 06	Seguro Popular <input type="radio"/> 07 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Hospital General de Soledad		14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Colonia		15.2 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	11/11/2020	016 48	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	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.)	PARTE I a) Neumonía probable COVID 19 Debido a (o como consecuencia de) b) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda. 11 días Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	Hiperpresión Arterial Sistémica 11 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?	Usa exclusivo del personal codificador
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
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera <input type="radio"/> 01 (taller, fábrica u obra) Rancho o parcela <input type="radio"/> 07 (vía pública) Otro <input type="radio"/> 08		
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	Se ignora <input type="radio"/> 09		
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	José Manuel Jaramillo	Aguilar	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hijo	
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="radio"/> 01 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	Médico legista <input type="radio"/> 02 Autoridad civil* <input type="radio"/> 05	Otro médico* <input type="radio"/> 03 Otro* <input type="radio"/> 08	3272274	
*Especifique			Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE	28. FIRMA			
LUCIA SUSANA Orduna	Torres	Julia		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Avenida Venustiano Carranza	Colonia	29.1 Tipo de vialidad	
29.6 Nombre del asentamiento humano	Colonia Venustiano Carranza	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	
29.9 Municipio o Alcaldía	Soledad de Graciano Sánchez	29.7 Código Postal	29.4 Núm. Interior	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	
		29.10 Entidad federativa	Día Mes Año	
EG L				

210830547

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE