



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830691

210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691

210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691 210830691

1. NOMBRE DEL
FALLECIDO(A)

Roberto

Capistran

Zambrano

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

25 11 1969

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre

O₁

Mujer

O₂

Se ignora

O₉

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

San Luis Potosí

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

CAZB691125HSSPPM4B03

6. ¿HABLABA ALGUNA
 LENGUA INDÍGENA?

Sí

O₁

No

O₂

Se ignora

O₉

7. NACIONALIDAD

Mexicana

O₁

Otra

O₂

→

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:

8.2 Semanas
de gestación:

8.3 Peso
(gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Sep

O₆

Viudo(a)

O₂

Casado(a)

O₅

Separado(a)

O₄

Divorciado(a)

O₃

Soltero(a)

O₁

Se ignora

O₉

DEL FALLECIDO

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

Avenida

Pleamar

10.1 Tipo de vialidad

30088

10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

BBB70

10.7 Código Postal

10.8 Localidad

10.9 Municipio o Alcaldía

10.6 Nombre del asentamiento humano

San Luis Potosí

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD

Ninguna O₁

Preescolar O₁₂

Primaria O₃

Secundaria O₅

11.1 La escolaridad
seleccionada es:

Bachillerato o
preparatoria O₇

Profesional O₈

Posgrado O₁₀

Se ignora O₉₉

Completa O₁

Incompleta O₂

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Obrero

12.1 Trabajaba

Sí O₁

No O₂

Se ignora O₉

13. AFILIACIÓN
A SERVICIOS
DE SALUD

Ninguna O₁

ISSSTE O₃

SEDENA O₅

Seguro Popular O₇

Otra O₈

IMSS O₂

PEMEX O₄

SEMAR O₆

IMSS PROSPERA O₁₀

Se ignora O₉₉

4188693573-7

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud O₁

IMSS O₃

PEMEX O₅

SEMAR O₇

14.1 Nombre de la unidad médica

Hospital General de Saltillo

Vía pública O₁₀

Otro lugar O₁₂

IMSS O₂

ISSSTE O₄

SEDENA O₆

Otra unidad médica privada O₈

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Unidad médica privada O₉

Hogar O₁₁

Se ignora O₉₉

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

1112

15.4 Núm. Exterior

15.5 Tipo de asentamiento humano

Colonia

15.6 Nombre del asentamiento humano

Genoveva Lucas Guillen

15.7 Código Postal

15.8 Localidad

15.9 Municipio o Alcaldía

Saltillo

15.10 Entidad federativa

San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

10 11 2020

02 50

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA
ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí O₁

No O₂

Se ignora O₉

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí O₁

No O₂

DE LA DEFUNCIÓN

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

a) Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda 3días

Debido a (o como consecuencia de)

b) Choque séptico 2días

Debido a (o como consecuencia de)

c) Neumonía séptica 10días

Debido a (o como consecuencia de)

d) Sospecha de SARS-CoV2 10días

21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí O₁

No O₂

Sí O₁

No O₂

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Usa 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 morbo que la produjo

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente O₁

El parto O₂

El puerperio O₃

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular O₀

Área deportiva O₃

Área industrial (taller, fábrica u obra)

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él(a) fallecido(a)

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí O₁

No O₂

Se ignora O₉

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) O₁

Calle o carretera (vía pública) O₄

Granja (rancho o parcela) O₇

Otro O₈

Escuela u oficina pública O₂

Área comercial o de servicio O₅

Se ignora O₉

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

Artefeth Guadalupe Capistran Castro

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

Hija

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante O₁

Médico legista O₂

Otro médico* O₃

*Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

7288209

Número de la cédula profesional

Persona autorizada por la Secretaría de Salud O₄