



## SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830693

210830693 210830693 210830693 210830693 210830693

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan Carlos Carrera	Primer Apellido	Rodríguez	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		06/01/1968	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
5. CURP		CARJ680106ASPRDNO2	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 052 Años cumplidos <input type="checkbox"/> 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		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	Mariano Otero	10.2 Nombre de la vialidad		
10.3 Núm. Exterior		211	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Tequisquapan	10.6 Nombre del asentamiento humano		
10.7 Código Postal		78250	10.8 Localidad	San Luis Potosí	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8	Hospital General de Salcedo	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	14.1 Nombre de la unidad médica			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		P. Col. Encarnación 1112	15.1 Tipo de vialidad	Valentín Gómez	15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Gómez Guillen	15.6 Nombre del asentamiento humano			
15.7 Código Postal		78436	15.8 Localidad	Salcedo de G.S.	15.9 Municipio o Alcaldía			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		09/11/2020	21:30	15.10 Entidad federativa	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 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			Usa exclusivo del personal codificador Código CIE
		a) Choque	Septico		2 días	18 días		
		b) Debido a (o como consecuencia de)	covid-19					
		c) Debido a (o como consecuencia de)						
		d) Debido a (o como consecuencia de)	Hipertensión arterial					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Usa exclusivo del personal codificador Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="checkbox"/> 6 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 3 Rancho o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 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			22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad		
22.7 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 DEL INF.		Blanca Lupita Carrera	Primer Apellido	Rodríguez	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
27. NOMBRE		Edgard Alejandro González	Primer Apellido	Carbal	Segundo Apellido	5184917	Número de la cédula profesional	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		P. Col. Encarnación	29.1 Tipo de vialidad	Valentín Amador	29.3 Núm. Exterior	1112	29.4 Núm. Interior	
		Rivas Guillen	29.6 Nombre del asentamiento humano				29.5 Tipo de asentamiento humano	
		Salcedo de G.S.	29.7 Código Postal					
		29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			29.8 Localidad	9448260100	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		32.1 Localidad			29.11 Teléfono		Día <input type="checkbox"/> 10 Mes <input type="checkbox"/> 11 Año <input type="checkbox"/> 2020	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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



210830693