



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

**FOLIO**

**210831080**

210831080 210831080 210831080 210831080 210831080 210831080 210831080 210831080 210831080 210831080 210831080 210831080

<b>DEL FALLECIDO</b>  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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Juan Ramón Gaytan Martínez</b> Nombre(s) <b>Juan Ramón</b> Primer Apellido <b>Gaytan Martínez</b> Segundo Apellido 2. FECHA DE NACIMIENTO <b>31/10/81</b> 959 Día Mes Año 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 5. CURP <b>GAMJ590831HSPYRN00</b> Se ignora <input type="radio"/> 99 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → <input type="radio"/> Especifique 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 personas de un año o más <input type="radio"/> Años <b>0 6 1</b> Se ignora <input type="radio"/> 9 9.1 Para menores de 28 días anote: 9.2 Semanas de gestación: 9.3 Peso (gramos): 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Andador 58</b> 10.1 Tipo de vialidad <b>Unidad Habitacional Ponciano Arriaga 2A Sección</b> 10.3 Núm. Exterior <b>10.4 Núm. Interior</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Soledad de Graciiano Sanchez</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 10.7 Código Postal <b>78437</b> 10.8 Localidad <b>De la Cuchanula</b> 10.9 Municipio o Alcaldía 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 preparatoria 12. Ocupación HABITUAL <b>Medico Veterinario</b> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Hospital General de Soledad</b> 14.1 Nombre de la unidad médica Secretaría de <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Avenida Coronado 1112</b> 15.1 Tipo de vialidad <b>Valentín Amador</b> 15.3 Núm. Exterior <b>15.4 Núm. Interior</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Soledad de Graciiano Sanchez</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal <b>78346</b> 15.8 Localidad <b>Genovevo Rivas Guillén</b> 15.9 Municipio o Alcaldía 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>13/11/2020 06:40</b> 16.1 Dia <b>13</b> 16.2 Mes <b>11</b> 16.3 Año <b>2020</b> 16.4 Horas <b>06</b> 16.5 Minutos <b>40</b> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</b> 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 b) <b>Neumonía</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>COVID 19</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Hipertensión Arterial Sistémica</b> Debido a (o como consecuencia de) <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE Uso exclusivo del personal codificador 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="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 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 Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 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 <b>22.7.4 Núm. Interior</b> 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 <b>Jessica Gaytan Esquivel</b> Nombre(s) <b>Jessica</b> Primer Apellido <b>Gaytan</b> Segundo Apellido <b>Esquivel</b> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hijo</b> 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>3277274</b> Número de la cédula profesional 27. NOMBRE <b>Lucia Susana Ordóñez Torres</b> Nombre(s) <b>Lucia Susana</b> Primer Apellido <b>Ordóñez</b> Segundo Apellido <b>Torres</b> 28. FIRMA <b>Ordóñez</b> 29. DOMICILIO y TELEFONO <b>Avenida Valentín Amador 1112</b> 29.1 Tipo de vialidad <b>Colonia</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>Genovevo Rivas Guillén</b> 29.3 Núm. Exterior <b>78346</b> 29.4 Núm. Interior <b>Colonia</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>13/11/2020</b> Dia Mes Año 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

210831080



EG.

L

DEL INF.

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DE LA DEFUNCIÓN

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO