



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
210831080
210831080

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EG. L

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Juan Ramón Gaytán Martínez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>31</u> / <u>08</u> / <u>1959</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP <u>GAMJ5590P31HSPYRN00</u>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> horas <u>6</u> minutos <u>1</u> segundos Para menores de un día: <u>0</u> días <u>6</u> horas <u>1</u> minutos <u>1</u> segundos Para menores de un mes: <u>0</u> meses <u>6</u> días <u>1</u> horas <u>1</u> minutos <u>1</u> segundos Para personas de un año o más: <u>0</u> años <u>6</u> meses <u>1</u> días <u>1</u> horas <u>1</u> minutos <u>1</u> segundos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Andador</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>58</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Unidad Habitacional Ponciano Arriaga 2A Sección</u> 10.3 Núm. Exterior <u>78437</u> 10.4 Núm. Interior <u>78437</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>78437</u> 10.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 Ocupación habitual <u>Medico Veterinario</u> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>Hospital General de Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Valentin Amador</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Tipo de vialidad <u>1112</u> 14.4 Nombre de la vialidad <u>Colonias</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 14.7 Código Postal <u>78437</u> 14.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 14.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 14.10 Entidad federativa			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Colonias</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78437</u> 15.4 Núm. Interior <u>78437</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>78437</u> 15.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>13</u> / <u>11</u> / <u>2020</u> <u>06</u> : <u>40</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>1 día</u> b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>4 días</u> c) <u>COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>4 días</u> d) <u>COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>4 días</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> <u>Años</u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>1</u>			
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anoto la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>1</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1112</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>1112</u>		22.7 Anoto el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Colonias</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>78437</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>78437</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>78437</u> 22.7.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>Jessica Gaytán Esquivel</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3272274</u> Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE <u>Lucia Susana Ordoña Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>			
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Colonias</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78437</u> 29.4 Núm. Interior <u>78437</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>78437</u> 29.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13</u> / <u>11</u> / <u>2020</u> Día Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN



210831080