



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210831201 210831201 210831201 210831201 210831201

<b>DEL FALLECIDO</b>		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Amado Sánchez</u> <span style="float: right;">Zapata</span>          Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <u>11/10/1949</u> 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>          Día Mes Año Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP <u>S A Z A A 4 9 0 1 1 1 H S P N P M O 9</u> 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input checked="" type="radio"/>          Se ignora <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 71 Años cumplidos Se ignora <input checked="" type="radio"/>          Para menores de 28 días anote:          8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Prolongación Colonia</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>avenida</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>León García</u>          10.3 Núm. Exterior <u>4051</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Las Flores</u>          10.7 Código Postal <u>78364</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>S.L.P.</u></p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2          Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL Chofer taxi <span style="float: right;">Se ignora <input checked="" type="radio"/></span></p> <p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____</p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General Soledad <span style="float: right;">Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12</span>          Secretaría de Salud <u>14/11/2020</u> <u>0729</u> 14.1 Nombre de la unidad médica _____          IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Prolongación Colonia</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Soledad Colonia S.</u>          1112 15.3 Núm. Exterior <u>48436</u> 15.4 Núm. Interior <u>Soledad Colonia S.</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>S. L. P.</u>          15.7 Código Postal <u>15.8 Localidad</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Colonia S.</u> 15.10 Entidad federativa <u>S. L. P.</u></p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>14/11/2020</u> <u>0729</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)  <b>PARTE I</b>          Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente          a) <u>Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> 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) <u>Necropsia pur Probable COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de)          c) _____ Debido a (o como consecuencia de)          d) _____</p> <p><b>PARTE II</b>          Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo          a) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u>  <u>Hipertensión Arterial</u> _____ años _____ años</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:          El embarazo <input checked="" type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3          43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión          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? Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3          Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4          Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 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 _____</p> <p>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 _____</p> <p>23. NOMBRE <u>Venecia González</u> <span style="float: right;">Rodríguez</span> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nieta</u></p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 *Especifique _____          Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ Número de la cédula profesional <u>3207093</u></p> <p>27. NOMBRE <u>Enka Alicia Domínguez</u> 28. FIRMA <u>Enka</u></p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Prolongación Valentina</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Soledad Colonia S.</u>          29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Coconuco Rivas Guillen</u> 29.7 Código Postal <u>78436</u> 29.8 Localidad <u>Soledad Colonia S.</u>          29.8 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Colonia S.</u> 29.10 Entidad federativa <u>S.C.P.</u> 29.11 Teléfono _____</p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>14/11/2020</u></p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO _____</p>									
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>											
<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>											
<b>DEL INF.</b>											
<b>DEL CERTIFICANTE</b>											