



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1
FOLIO
210831201
210831201

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

DEL FALLECIDO

| | | | |
|--|--|---|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Amado Sanderaval Zapata</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>11/01/1949</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>SAZAA401111HSFNPMD9</u> Se ignora <input type="radio"/> | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Horas Para menores de un mes: <u>0</u> Días Para menores de un año: <u>0</u> Meses Para personas de un año o más: <u>071</u> Años cumplidos | | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input 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 Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Prolongación Colonia Las Flores</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>78364</u> 10.4 Núm. Interior <u>San Luis Potosí</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal <u>78364</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>S.L.P.</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Chofer taxi</u> Se ignora <input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input 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 checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <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"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Valestén Alexander</u> 14.3 Nombre de la vialidad <u>Concepción Rivas Guillén</u> 14.4 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 14.5 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciano S.</u> 14.6 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Colonia</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 15.4 Núm. Interior <u>Soledad Graciano S.</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciano S.</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 15.7 Código Postal <u>78436</u> 15.8 Localidad <u>Soledad Graciano S.</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>S.L.P.</u> 15.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> | | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>14/11/2020</u> <u>07:29</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"/> | |

DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|--|--|--|--|
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumopatía por Probable COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión Arterial</u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> <u>Hipertensión Arterial</u> | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>6 días</u> <u>12 días</u> <u>años</u> <u>años</u> Código CIE | |
| 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"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> El puerperio <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"/> | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | |

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

| | | | |
|---|--|--|--|
| 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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anoté 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 Anoté 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 | | 22.8 Localidad 22.9 Municipio o Alcaldía 22.10 Entidad federativa | |

DEL INF.

| | |
|---|--|
| 23. NOMBRE <u>Venencia González</u> Nombre(s) Primer Apellido | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nuera</u> |
|---|--|

DEL CERTIFICANTE

| | | | | | |
|---|--|---|--|-----------------------------|--|
| 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"/> <u>Directivo Turno</u> *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3203093</u> Número de la cédula profesional | | 27. NOMBRE <u>Enke Alicia Domínguez</u> Nombre(s) Primer Apellido | | 28. FIRMA <u>[Firma]</u> | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Prolongación Valestén Alexander</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <u>Concepción Rivas Guillén</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 29.4 Núm. Interior <u>Soledad Graciano S.</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 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 <u>14/11/2020</u> Día Mes Año | | | |

DEL REG.

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO |
|-------------------------------------|-------------------------------|



210831201