



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO
210831203

210831203 210831203 210831203 210831203 210831203 210831203

EN I REGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL NEXO Y EL AVIA DE DEFUNCIÓN

210831203



DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Gloria Gómez Mendoza</u></p> <p>Nombre(s) <u>Gloria</u> Primer Apellido <u>Gómez</u> Segundo Apellido</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/20/1971</u></p> <p>Día Mes Año</p> <p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u></p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP <u>GOMG710420MSPMNL02</u></p> <p>Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p> <p>6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p> <p>Especifique <u>Mexicana</u></p> <p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos _____ Para menores de un día _____ Horas _____ Para menores de un mes _____ Días _____</p> <p>Para menores de un año _____ Meses _____ Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</p> <p>8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/></p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle sin numero</u> Localidad <u>Localidad</u> Municipio o Alcaldía <u>Sin nombre</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Norias del Refugio</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Guadalupe</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u></p> <p>10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía</p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Otra <input type="radio"/> 8</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Auxiliar de servicios</u> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 12.2 Nombre de la vialidad <u>Rivas Guillén</u> 12.3 Nombre del asentamiento humano <u>Valentín Amador</u> 12.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>5915151011713113</u> 12.5 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 12.6 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>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 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</p> <p>13.1 Número de seguridad social o afiliación</p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital General de Soledad Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>5915151011713113</u> 14.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 14.4 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Avenida 1112 Colonia</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Colonia</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Rivas Guillén</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>14/11/2020 21:13:55</u> 16.1 Fecha <u>14/11/2020</u> 16.2 Hora <u>21:13:55</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 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 cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) <u>Chocó septic</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <u>Neumonía por COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produce.</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:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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>43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>21.4 Uso exclusivo del personal codificador</p> <p>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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (raízal o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjeron 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>Gema Guadalupe Segundo Gómez</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u></p> <p>Nombre(s) <u>Gema</u> Primer Apellido <u>Guadalupe</u> 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 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6 *Especifique _____</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6595872</u> Número de la cédula profesional</p> <p>27. NOMBRE <u>Alberto Ruiz Mondragón</u> 28. FIRMA <u>Alberto Ruiz Mondragón</u></p> <p>Nombre(s) <u>Alberto</u> Primer Apellido <u>Ruiz</u> Segundo Apellido</p> <p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Avenida Valentín Amador 1112 Colonia Rivas Guillén</u> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>14/11/2020</u></p> <p>29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u> 29.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Rivas Guillén</u> 29.7 Código Postal <u>71814315</u> 29.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>444826010101</u> 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día Mes Año _____</p> <p>31.1 Acta Núm. _____</p>									
ATENCIÓN: SI PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD											