



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210831208

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jose Rodriguez Zavala</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04/05/1969</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>A02J690504HSPDIVS03</u> Se ignora <input type="radio"/> No <input checked="" 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"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>051</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>051</u> Meses Para menores de un mes: <u>051</u> Días Para menores de un año: <u>051</u> Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Fraccionamiento Villas del Sol</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior: <u>783914</u> 10.4 Núm. Interior: <u>San Luis Potosí</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>783914</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>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Operador trailer 12.1 Trabajaba: <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"/>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Salubridad de Graciano Sánchez <input checked="" 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 DE SALUBRIDAD DE GRACIANO SANCHEZ</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>5151510173113</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Prolongación Valentín Amador Rivas Guillén</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior: <u>784360</u> 15.4 Núm. Interior: <u>San Luis Potosí</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal: <u>784360</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>15/11/2020 00:55</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 (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfania, 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>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes Mellitus 2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>7días</u> <u>9días</u> <u>0días</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 checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <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 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): <u>Hija</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>784360</u>		
22.7 Anotar 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: <u>784360</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal: <u>784360</u> 22.7.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		22.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 22.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
23. NOMBRE <u>Mayeli Gabriela Rodriguez Lopez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Médico de piso <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: <u>8036290</u>		
27. NOMBRE <u>Jose Alfonso De Luna Maigquez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>944071</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Prolongación Valentín Amador Rivas Guillén</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior: <u>784360</u> 29.4 Núm. Interior: <u>San Luis Potosí</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal: <u>784360</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>15/11/2020</u> Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>784360</u> Libro Núm. <u>000</u> 31.1 Acta Núm. <u>784360</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día: <u>15</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>2020</u>		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD