



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210831279 210831279 210831279 210831279 210831279 210831279 210831279 210831279 210831279 210831279

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Edmundo Zúñiga Ruiz		Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO								
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 09	San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)							
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	Se ignora <input type="checkbox"/> 09							
ZURE4011264SPXZD06		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 01 Otra <input type="checkbox"/> 02 →	Especifique							
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos	Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas	Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días	Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos					
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	10.2 Nombre de la viabilidad					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					Separado(a) <input type="checkbox"/> 06 En unión libre <input type="checkbox"/> 04	Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> 02 Casado(a) <input type="checkbox"/> 05					
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle 210		Colonia 718434		Jaime Torres Bodet Urbana Central de Maquinaria					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
10.7 Código Postal			Saiedad de Graciano Sanchez	San Luis Potosí							
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> 01 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> 07	Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Profesional <input type="checkbox"/> 08	Primaria <input type="checkbox"/> 03 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 05 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 01 IMSS <input type="checkbox"/> 02	ISSSTE <input type="checkbox"/> 03 PEMEX <input type="checkbox"/> 04	SEDENA <input type="checkbox"/> 05 SEMAR <input type="checkbox"/> 06	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 07 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Obrero(a) <input type="checkbox"/> 01 Completa <input type="checkbox"/> 01 Incompleta <input type="checkbox"/> 02	pensionado <input type="checkbox"/> 09				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 01 IMSS <input type="checkbox"/> 03 PEMEX <input type="checkbox"/> 05 SEMAR <input type="checkbox"/> 07	IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 02 ISSSTE <input type="checkbox"/> 04 SEDENA <input type="checkbox"/> 06	Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 08	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 09	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.2 Nombre de la viabilidad	15.6 Nombre del asentamiento humano				
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	Colonia	Ricardo Guerra Sanchez	San Luis Potosí	Valentín Amador	Rivas Guillen				
15.7 Código Postal											
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
		15	11	2020	14	42	Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09	Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte					
		a)	Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)				10 días				
		b)	Neumonía por SARS COV 2 Debido a (o como consecuencia de)								
		c)	Debido a (o como consecuencia de)								
		d)									
19.3 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Hiperplasia prostática benigna									
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
El embarazo <input type="checkbox"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 04		El parto <input type="checkbox"/> 02 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 05		El puerperio <input type="checkbox"/> 03		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02		Uso exclusivo del personal codificador	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 01 Suicidio <input type="checkbox"/> 03		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
		Accidente <input type="checkbox"/> 01 Homicidio <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 00 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 02		Área industrial <input type="checkbox"/> 06 Área deportiva <input type="checkbox"/> 03 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 04 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 05		Área industrial <input type="checkbox"/> 06 Área deportiva <input type="checkbox"/> 03 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 04 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 05	
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa			
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior											
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.10 Entidad federativa							
23. NOMBRE DEL INF.		Eduardo Zúñiga Corics		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Hijo					
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 01 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 04		Médico legista <input type="checkbox"/> 02 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 05		Otro médico* <input type="checkbox"/> 03 Otro* <input type="checkbox"/> 08		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
27. NOMBRE		Karla Alejandra Martinez		Zorilla		11787112				Número de la cédula profesional	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido						28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Piedras Negras		Valentín Amador		1112					
		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior			
		Rivas Guillen		718435							
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono				29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
				15 11 2020							