



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO

210831284

210831284

DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES		DE LA DEFUNCIÓN		DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		DEL CERTIFICANTE									
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Rosa. María González		Medina											
2. FECHA DE NACIMIENTO		12 9 08 1951		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO									
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí	Segundo Apellido								
5. CURP		G10MRS110829MSPNDS04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD									
Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>								
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Especifique								
Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos											
Para menores de 28 días anote:															
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:															
8.2 Semanas de gestación:															
8.3 Peso (gramos):															
10. RESIDENCIA HABITUAL		Avenida 485		9. ESTADO CONYUGAL		10.2 Nombre de la vialidad									
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		36 Barrio		Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>		De La Paz									
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)								
78038	San Luis Potosí	San Luis Potosí	Tlaxcala	S. L. P.											
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>		Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/>	Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	O2	Cosechante	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>		SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/>	Hospital General de Soledad.	Vía pública <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/>	Hogar <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Via pública <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?							
Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	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				
IMSS <input type="radio"/>	PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	78436	Soledad Graciano S.	Colonia	Soledad Graciano S.	15.2 Número de la vialidad	Valentín Gómez Farías	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		PARTE I		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE											
Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
		a) Choque Septico. Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		3 días							
		b) Neumonía por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23 días.							
		c) Debido a (o como consecuencia de)													
		d) Diabétess Mellitus Tipo 2. Hipertensión Arterial Sistémica						años.							
								años.							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)									
El embarazo <input type="radio"/>		El parto <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/>		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>									
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		El puerperio <input type="radio"/>		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>									
No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>		Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		Granja o parcela <input type="radio"/>									
		Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/>		Otro <input type="radio"/>									
				Sí <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Síto donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)									
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>		Accidente <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/>		Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>									
Homicidio <input type="radio"/>		Suicidio <input type="radio"/>		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>									
Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>		Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		Granja o parcela <input type="radio"/>									
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		22.7.1 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									
23. NOMBRE		Carlos Alfonso Sánchez		González		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)									
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Hijo.									
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Autoridad civil* <input type="radio"/>		Otro médico* <input type="radio"/>		3207093.									
27. NOMBRE		Enka Alvarado Domínguez		Yorenia Tono		Número de la cédula profesional									
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA									
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Protónocuán Valentín Aquada		III2		29.1 Tipo de vialidad									
		Colonia				29.2 Nombre de la vialidad									
		Cenovero Rivas Guillen 7814316				29.3 Núm. Exterior									
		Soledad Graciano S.		S. L. P.		29.4 Núm. Interior									
		S. L. P.		29.5 Tipo de asentamiento humano											
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad											
Soledad Graciano S.		29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa											
29.9 Municipio o Alcaldía		29.11 Teléfono		29.11 Teléfono											
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE HIGIENE		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN											
				16 11 2024											
				Día	Mes	Año									