



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

Modelo 2017  
FOLIO  
210831285

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Antonio</b> Nombre(s) <b>Jimenez</b> Primer Apellido <b>Cobos</b> Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>21/09/1974</b> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>Distrito Federal</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <b>JLICIA740921HDFMBNO2</b> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLA 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: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <b>046</b> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input 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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>112</b> <b>Colonia</b> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad <b>Villas del sol.</b> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>78131910</b> <b>San Luis Potosí</b> <b>San Luis Potosí</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>S.L.P.</b> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 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 checked="" 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 <b>Comerciante</b> 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"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		
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"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <b>Hospital General de Soledad</b> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>112</b> <b>Colonia</b> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad <b>Valentin Aguado</b> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>781436</b> <b>Soledad Graciano S</b> <b>Soledad Graciano S</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>S.L.P.</b> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>16/11/2020</b> <b>14:10</b> 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Choque Séptico</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Hemorragia Tubo Digestivo Alto</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Neumonía por SARS-CoV-2</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Obesidad morbida</b> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>13 días</b> <b>13 días</b> <b>13 días</b> <b>05 días</b> Uso exclusivo del personal codificador 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"/> 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"/>		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"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <b>Hermano</b> 22.5 Tipo de vialidad 22.6 Nombre de la vialidad 22.7 Núm. Exterior 22.7.1 Tipo de asentamiento humano 22.7.2 Nombre del asentamiento humano 22.7.3 Código Postal 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 <b>Arturo</b> Nombre(s) <b>Jimenez</b> Primer Apellido <b>Cobos</b> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hermano</b>		
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"/> <b>Directivo Turno</b> Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>3207093</b> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <b>Enka Alicia</b> Nombre(s) <b>Domínguez</b> Primer Apellido <b>Yerene</b> Segundo Apellido		28. FIRMA <b>Yerene Domínguez</b>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>112</b> <b>Colonia</b> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <b>Valentin Aguado</b> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>781436</b> <b>Soledad Graciano S</b> <b>Soledad Graciano S</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad <b>S.L.P.</b> 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>16/11/2020</b> Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

210831285