



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) Antonio Jimenez Cobos <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
2. FECHA DE NACIMIENTO 21/09/1974 <small>Día Mes Año</small>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Distrito Federal <small>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</small>	
5. CURP JLCA740921HDFMBNO2 <small>Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></small>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → <small>Se ignora <input type="radio"/> Especifique</small>	
7. NACIONALIDAD 046 <small>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → <small>Se ignora <input type="radio"/></small></small>	
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: 046 Años cumplidos <small>Se ignora <input type="radio"/></small>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/> 8.2 Semanas de gestación: <input type="text"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="text"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: Calle 10.2 Nombre de la vialidad: San Carlos 10.3 Núm. Exterior: 112 10.4 Núm. Interior: - 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 10.6 Nombre del asentamiento humano: Villas del sol. 10.7 Código Postal: 781310 10.8 Localidad: San Luis Potosí 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): S.L.P.	
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"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante <small>Se ignora <input type="radio"/></small> 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <input type="text"/>	
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"/> 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: Hospital General de Soledad 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <input type="text"/> Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: Polonización 15.2 Nombre de la vialidad: Valentin Aguader 15.3 Núm. Exterior: 112 15.4 Núm. Interior: - 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 15.6 Nombre del asentamiento humano: Colonoero Rivas Beilén 15.7 Código Postal: 781436 15.8 Localidad: Soledad Graciano S 15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad Graciano S 15.10 Entidad federativa: S.L.P.	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16/11/2020 14:10 <small>Día Mes Año Horas Minutos</small>	
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 (Añote 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) Choque Septica Debido a (o como consecuencia de) b) Hemorragia Tubo Digestivo Alto Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonía por SARS-CoV-2 Debido a (o como consecuencia de) d) Obesidad morbida 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 a) 13 días b) 13 días c) 13 días d) ausus <small>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE</small>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <input type="text"/>	
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 type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <small>Uso exclusivo del personal codificador</small>	
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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <input type="text"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <input type="text"/>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: <input type="text"/> 22.7.2 Nombre de la vialidad: <input type="text"/> 22.7.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <input type="text"/> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <input type="text"/> 22.7.7 Código Postal: <input type="text"/> 22.7.8 Localidad: <input type="text"/> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <input type="text"/> 22.7.10 Entidad federativa: <input type="text"/>	
23. NOMBRE: Arturo Jimenez Cobos <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano	
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"/> Directivo Tomo <small>*Especifique</small>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3207093 <small>Número de la cédula profesional</small>	
27. NOMBRE: Enka Alicia Dommerg Yerecu <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
28. FIRMA:	
29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Polonización 29.2 Nombre de la vialidad: Valentin Aguader 29.3 Núm. Exterior: 112 29.4 Núm. Interior: - 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 29.6 Nombre del asentamiento humano: Colonoero Rivas Beilén 29.7 Código Postal: 781436 29.8 Localidad: Soledad Graciano S 29.9 Municipio o Alcaldía: S.L.P. 29.10 Entidad federativa: S.L.P. 29.11 Teléfono: <input type="text"/>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 16/11/2020 <small>Día Mes Año</small>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: <input type="text"/>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: <input type="text"/>	

210831285

