



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

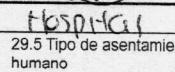
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210831577

210831577

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Sonja		Rocío	Primer Apellido	Medellín.	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		01/10/1992		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
Día Mes Año				Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>9</sub>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		L20OMS19921007MIS01CIN01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
				Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>99</sub>	Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>9</sub>		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Minutos	Para menores de un día	Horas	Para menores de un mes	Días		
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL			
						Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	O <sub>6</sub> O <sub>4</sub>		
						Viudo(a) <input type="radio"/>	O <sub>2</sub>		
						Divorciado(a) <input type="radio"/>	O <sub>3</sub>		
						Soltero(a) <input type="radio"/>	O <sub>1</sub>		
						Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>9</sub>		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
		Calle 650A, Col. Vicentina, Centro, San Luis Potosí, 78141, San Luis Potosí.							
10.1 Tipo de vialidad		centenario							
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)							
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:							
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	O <sub>6</sub> O <sub>4</sub>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>8</sub> O <sub>99</sub>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la Unidad médica							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>		SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Hospital General de Soledad		Vía pública <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/>		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>		SEMAR <input type="radio"/>	Otra unidad médica privada <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/>	O <sub>11</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Nombre de la vialidad							
112		Avenida 112	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Ucuentin Amadas, Hospital General de Soledad			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.6 Nombre del asentamiento humano						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.9 Municipio o Alcaldía							
11/7/11 20:20 05:34		Día Mes Año Horas Minutos	15.10 Entidad federativa						
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Si <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, astenia, etc.)		19.1 Parte I							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Choque septico							
a) Debido a (o como consecuencia de)									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Neumonía covid 19							
b) Debido a (o como consecuencia de)									
c) Debido a (o como consecuencia de)									
d) Debido a (o como consecuencia de)									
19.2 Parte II		Puerperio tardío							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo									
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		20.1 Código CIE							
Código CIE		20.2 Uso exclusivo del personal codificador							
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?			
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			
Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>		
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		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		22.7.2 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		J. JESÚS.		Rocío		Martínez.		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido				710	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>		Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
						adscrito.		7543300	
*Especifique								Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Luis Francisco		Palau		Vallde		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Avenida		Ucuentin Amadas		112		29.4 Núm. Interior	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
Hospital General de Soledad		178141315		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía		San Luis Potosí		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							