



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

Modelo 2017.1
FOLIO
210831585
210831585

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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EG. L

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Sergio Rodriguez Moreno Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO 09/05/1975 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP ROMS750509HSPDRA09 Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos 45 Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: Calle 10.2 Nombre de la vialidad: Hidalgo 10.3 Núm. Exterior: 142 10.4 Núm. Interior: 79906 10.5 Tipo de asentamiento humano: Villa de Reyes 10.6 Nombre del asentamiento humano: Villa de Reyes 10.7 Código Postal: 79906 10.8 Localidad: Villa de Reyes 10.9 Municipio o Alcaldía: Villa de Reyes 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SLP		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Ganadero Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Salud 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 14.3 Nombre de la vialidad: Valeria Amador 14.4 Nombre del asentamiento humano: Revas 14.5 Municipio o Alcaldía: SGS 14.6 Entidad federativa: SLP	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: Av. Calles 15.2 Nombre de la vialidad: Calles 15.3 Núm. Exterior: 1112 15.4 Núm. Interior: 78436 15.5 Tipo de asentamiento humano: SGS 15.6 Nombre del asentamiento humano: SGS 15.7 Código Postal: 78436 15.8 Localidad: SGS 15.9 Municipio o Alcaldía: SGS 15.10 Entidad federativa: SLP		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Día: 8 Mes: 11 Año: 2020 Horas: 11 Minutos: 38	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
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) Devido a (o como consecuencia de) Neumonía COVID 19 b) Devido a (o como consecuencia de) DM c) Devido a (o como consecuencia de) HAS d) Devido a (o como consecuencia de) Obesidad Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 49 días antes antes antes	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		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: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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 Añote 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 Sergio Adrian Rodriguez Gonzalez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4137770 Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Diana Claudia Marquez Ruiz Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA Diana Marquez Ruiz	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: Av. Valeria Amador 29.2 Nombre de la vialidad: Valeria Amador 29.3 Núm. Exterior: 1112 29.4 Núm. Interior: 78436 29.5 Tipo de asentamiento humano: SGS 29.6 Nombre del asentamiento humano: SGS 29.7 Código Postal: 78436 29.8 Localidad: SGS 29.9 Municipio o Alcaldía: SGS 29.10 Entidad federativa: SLP 29.11 Teléfono: 4448102600		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 18/11/2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

210831585

