



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210831634

210831634 210831634 210831634 210831634 210831634 210831634

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|----------|
| ESTADOS UNIDOS MEXICANOS | | ANTE DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | | | | | | | | |
| | | Nombre(s) <i>Fernando Chávez Ortiz</i> | | | | | Primer Apellido | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 2. FECHA DE NACIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 30 05 1932 | | | 3. SEXO | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 5. CURP | | | | | | | | | |
| | | CIAOF320530HCLHRR09 | | | 5.1 Hombre <input checked="" type="radio"/> 5.2 Mujer <input type="radio"/> 5.3 Se ignora <input type="radio"/> 5.4 Otra <input type="radio"/> | | 5.5 Entidad federal o país (si nació en el extranjero) <i>Cochimilco de Zaragoza</i> | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | | | | | | | | |
| | | 6.1 Sí <input checked="" type="radio"/> 6.2 No <input type="radio"/> 6.3 Se ignora <input type="radio"/> 6.4 Otra <input type="radio"/> | | | 6.2 NACIONALIDAD | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 7. NACIONALIDAD | | | | | | | | | |
| | | 7.1 Mexicana <input checked="" type="radio"/> 7.2 Otra <input type="radio"/> 7.3 Se ignora <input type="radio"/> | | | 7.2 NACIONALIDAD | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 8. EDAD CUMPLIDA | | | | | | | | | |
| | | 8.1 Para menores de una hora <input type="radio"/> 8.2 Para menores de un día <input type="radio"/> 8.3 Para menores de un mes <input type="radio"/> 8.4 Para menores de un año <input type="radio"/> 8.5 Para personas de un año o más <input type="radio"/> | | | 8.2 Minutos | | | 8.3 Horas | | | 8.4 Días |
| DEL FALLECIDO | | 8.5 Para menores de 28 días anote: | | | | | | | | | |
| | | 8.6.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <i>735</i> | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 8.6.2 Semanas de gestación: <i>40</i> | | | | | | | | | |
| | | 8.6.3 Peso (gramos): <i>3000</i> | | | 8.6.4 En unión libre <input type="radio"/> 8.6.5 Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 8.6.6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 8.6.7 Soltero(a) <input type="radio"/> | | | 8.6.5 Casado(a) <input type="radio"/> 8.6.6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 8.6.7 Se ignora <input type="radio"/> | | | |
| DEL FALLECIDO | | 10. RESIDENCIA HABITUAL | | | | | | | | | |
| | | 10.1 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>Calle 735 Colonia 78340</i> | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 10.2 Tipo de vialidad | | | | | | | | | |
| | | 10.2.1 Calle <i>Julian Carrillo</i> | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior | | | | | | | | | |
| | | 10.3.1 735 10.4.1 Colonia | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 10.5 Tipo de asentamiento humano | | | | | | | | | |
| | | 10.5.1 San Luis Potosí | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 10.6 Nombre del asentamiento humano | | | | | | | | | |
| | | 10.6.1 San Luis Potosí | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 10.7 Código Postal | | | | | | | | | |
| | | 10.7.1 78340 | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 10.8 Localidad | | | | | | | | | |
| | | 10.8.1 San Luis Potosí | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 10.9 Municipio o Alcaldía | | | | | | | | | |
| | | 10.9.1 San Luis Potosí | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 11. ESCOLARIDAD | | | | | | | | | |
| | | 11.1 Ninguna <input type="radio"/> 11.2 Preescolar <input type="radio"/> 11.3 Primaria <input checked="" type="radio"/> 11.4 Secundaria <input type="radio"/> 11.5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 11.6 Profesional <input type="radio"/> 11.7 Posgrado <input type="radio"/> 11.8 Se ignora <input type="radio"/> 11.9 Completa <input checked="" type="radio"/> 11.10 Incompleta <input type="radio"/> | | | | | 11.2 La escolaridad seleccionada es: | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | | | | | | | | | |
| | | 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 12.2 No <input type="radio"/> 12.3 Se ignora <input type="radio"/> | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | | | | | | | | |
| | | 13.1 Ninguna <input type="radio"/> 13.2 ISSSTE <input type="radio"/> 13.3 SEMAR <input type="radio"/> 13.4 IMSS <input type="radio"/> 13.5 PEMEX <input type="radio"/> 13.6 SEDENA <input type="radio"/> 13.7 Seguro Popular <input type="radio"/> 13.8 Otra <input type="radio"/> 13.9 Se ignora <input type="radio"/> | | | | | 13.10 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 13.11 Unidad médica pública <input type="radio"/> 13.12 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | | | | | | | | |
| | | 14.1 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 14.2 IMSS <input type="radio"/> 14.3 PEMEX <input type="radio"/> 14.4 SEMAR <input type="radio"/> 14.5 Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.6 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> | | | | | 14.2 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General de Soledad</i> | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | | | | | | | | |
| | | 15.1 Avenida <i>Valentín Amador</i> | | | | | 15.2 Calle <i>Genovevo Rivas Guillén</i> | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior | | | | | | | | | |
| | | 15.3.1 1112 15.4.1 Colonia | | | | | 15.4.1 Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 15.5 Tipo de asentamiento humano | | | | | | | | | |
| | | 15.5.1 San Luis Potosí | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 15.6 Nombre del asentamiento humano | | | | | | | | | |
| | | 15.6.1 San Luis Potosí | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 15.7 Código Postal | | | | | | | | | |
| | | 15.7.1 78340 | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 15.8 Localidad | | | | | | | | | |
| | | 15.8.1 San Luis Potosí | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 15.9 Municipio o Alcaldía | | | | | | | | | |
| | | 15.9.1 San Luis Potosí | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | | | | | | | | |
| | | 16.1 19 11 2020 | | | | | 16.2 01 840 | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | | | | | | | | |
| | | 17.1 Sí <input checked="" type="radio"/> 17.2 No <input type="radio"/> 17.3 Se ignora <input type="radio"/> | | | | | 17.4 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 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 | | | | | | | | | |
| 19.2 Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | | | | | | | | | | |
| 19.3 PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo | | | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | | | | | | | | |
| | | 20.1 Neumonía probable COVID-19 | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 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? | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | | | | | | | | | |
| | | 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 22.2 Fue un homicidio <input type="radio"/> 22.3 Si <input type="radio"/> 22.4 No <input type="radio"/> 22.5 Se ignora <input type="radio"/> | | | | | 22.6 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 23. NOMBRE | | | | | | | | | |
| | | 23.1 Nombre(s) <i>María de Monserrat Chávez Rodríguez</i> | | | | | 23.2 Primer Apellido | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | | | | | | | | |
| | | 24.1 Hija | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 25. CERTIFICADA POR | | | | | | | | | |
| | | 25.1 Médico tratante <input type="radio"/> 25.2 Médico legista <input type="radio"/> 25.3 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 25.4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 25.5 Autoridad civil* <input type="radio"/> 25.6 Otro* <input type="radio"/> | | | | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 27. NOMBRE | | | | | | | | | |
| | | 27.1 Nombre(s) <i>Lucía Susana Ordóñez Tórres</i> | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 28. FIRMA | | | | | | | | | |
| | | 28.1 <i>Ordóñez</i> | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 29. DOMICILIO Y TELÉFONO | | | | | | | | | |
| | | 29.1 Avenida <i>Valentín Amador</i> | | | | | 29.2 Calle <i>Genovevo Rivas Guillén</i> | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | | | | | | | |
| | | 30.1 Día <i>19</i> Mes <i>11</i> Año <i>2020</i> | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | | | | | | | | | |
| | | 31.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | | | | | | | | |
| | | 32.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 33. LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | | | | | | | |
| | | 33.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 34. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 34.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 35. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 35.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 36. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 36.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 37. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 37.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 38. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 38.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 39. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 39.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 40. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 40.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 41. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 41.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 42. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 42.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 43. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 43.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 44. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 44.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 45. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 45.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 46. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 46.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 47. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 47.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 48. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 48.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 49. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 49.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 50. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 50.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 51. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 51.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 52. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 52.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 53. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 53.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 54. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 54.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 55. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 55.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 56. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 56.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 57. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 57.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 58. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 58.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 59. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 59.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 60. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 60.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 61. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 61.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 62. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 62.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 63. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 63.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 64. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 64.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 65. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 65.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 66. LUGAR Y FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | | |
| | | 66.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL FALLECIDO | | 67. LUGAR Y FECHA DE RECIBIMIENTO | | | | | | | | | |
| | | 67.1 Localidad | | | | | | | | | |
| DEL | | | | | | | | | | | |