Modelo 2017.1

FOLIO 210833218

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): Francisco; Primer Apellido: Gutierrez; Segundo Apellido: Lopez

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 04 Mes 1 Año 953

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Hidalgo (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: GULF530402HHGTPL04 Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 No (X) 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 1 Otra ○ 2 → Especifique: Se ignora ○ 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 067 Años cumplidos; Se ignora ○ 9

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) ○ 6 Viudo(a) ○ 2 Casado(a) ○ 5 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a):
10.1 Tipo de vialidad: Calle; 10.2 Nombre de la vialidad: Francisco Javier Mina
10.3 Núm. Exterior: 114; 10.4 Núm. Interior: ___; 10.5 Tipo de asentamiento humano: ___; 10.6 Nombre del asentamiento humano: ___
10.7 Código Postal: 79960; 10.8 Localidad: Barrio San Miguel; 10.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale; 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria (X) 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato o preparatoria ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ 1 Incompleta (X) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Comerciante; Se ignora ○ 99
12.1 Trabajaba: Sí (X) 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna (X) 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seguro Popular ○ 7 Otra ○ 8 IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS PROSPERA ○ 10 Se ignora ○ 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: ___

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○ 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 IMSS PROSPERA ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Unidad médica privada ○ 9 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital rural numero 44 zacatipan
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera; 15.2 Nombre de la vialidad: San Martin km 3
15.3 Núm. Exterior: ___; 15.4 Núm. Interior: ___; 15.5 Tipo de asentamiento humano: ___; 15.6 Nombre del asentamiento humano: ___
15.7 Código Postal: 79960; 15.8 Localidad: Zacatipan; 15.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 25 Mes 01 Año 2021 Horas 06 Minutos 20

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X) 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 No (X) 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Neumonía SARS cov 2	26 días	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Insuficiencia renal aguda	5 días	
	Hipertension arterial sistemica	1 año	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ 1 El parto ○ 2 El puerperio ○ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: ___

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2 Área deportiva ○ 3 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 9
22.4 Anote 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 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: ___

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): Rosalina; Primer Apellido: Basilio; Segundo Apellido: Guzman
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Esposa

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico* ○ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil* ○ 5 Otro* ○ 8 *Especifique: ___
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 4172273
27. NOMBRE: Nombre(s): Cesareo Humberto; Primer Apellido: Banda; Segundo Apellido: Bravo
28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera; 29.2 Nombre de la vialidad: San martin Tilomatitlan; 29.3 Núm. Exterior: 3; 29.4 Núm. Interior: ___; 29.5 Tipo de asentamiento humano: ___
29.6 Nombre del asentamiento humano: ___; 29.7 Código Postal: 79960; 29.8 Localidad: Zacatipan
29.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí; 29.11 Teléfono: ___
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 25 Mes 01 Año 2021

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ___, Libro Núm. ___; 31.1 Acta Núm. ___
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: ___; 32.2 Municipio o Alcaldía: ___; 32.3 Entidad federativa: ___; 32.4 Día ___ Mes ___ Año ___

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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

210833218

Versión impresa