



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO  
210833123

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Francisco Gutierrez Antonio</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>21/08/1957</b> 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 <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP <b>GUA F 570821HSPTN R 01</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <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: <b>63</b> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9				
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>calle 1m La Cruz</b> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad <b>1 Barrio San Rafael</b> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>79960 Tanazunchale San Luis Potosí</b> 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 Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input 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 <b>Joven</b> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input 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 type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital <b>Hospital Comunitario de Tanazunchale</b> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>628664001703</b> 14.3 Tipo de vialidad 14.4 Nombre de la vialidad <b>La Cruz</b> 14.5 Núm. Exterior 14.6 Núm. Interior 14.7 Tipo de asentamiento humano 14.8 Nombre del asentamiento humano <b>79960 Tanazunchale San Luis Potosí</b> 14.9 Código Postal 14.10 Localidad 14.11 Municipio o Alcaldía 14.12 Entidad federativa				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>carretera a San Martín</b> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad <b>La Cruz</b> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>79960 Tanazunchale San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>27/01/2021</b> Día Mes Año Horas Minutos <b>2020</b>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) <b>Insuficiencia respiratoria</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Neumonía Adquirida en la comunidad</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Caso positivo COVID-19</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Insuficiencia Renal</b> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <b>Diabetes Mellitus II</b>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>12 horas</b> <b>4 días</b> <b>8 días</b> <b>2 años</b> <b>8 años</b> Código CIE Código CIE Código CIE Código CIE Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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? Sí <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 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <b>esposa</b>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <b>La Cruz</b>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <b>La Cruz</b>		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 <b>La Cruz</b> 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <b>79960 Tanazunchale San Luis Potosí</b> 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE <b>Crescencia Martinez Flores</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>esposa</b>		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 type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>9394464</b> Número de la cédula profesional		27. NOMBRE <b>Verónica Edali Muñoz Garrido</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <b>La Cruz</b>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>carretera a San Martín</b> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <b>La Cruz</b> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>79960 Tanazunchale San Luis Potosí</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>27/01/2021</b> Día Mes Año		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 <b>La Cruz</b> 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año		32.5 Municipio o Alcaldía 32.6 Entidad federativa 32.7 Día Mes Año		32.8 Municipio o Alcaldía 32.9 Entidad federativa 32.10 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