



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

FOLIO
210833229
Modelo 2017.1

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

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Virginia Martínez Tino</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>18 01 1961</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP <u>MATV610118MSPRNR03</u> 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 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
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: <u>0 6 0</u> Años cumplidos 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 checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9				
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>colle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Miguel Hidalgo</u> <u>SIN</u> <u>SIN</u> <u>ejido</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>79955</u> 10.4 Núm. Interior: <u>El Huayal</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Martín Chalchicuátla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>79955</u> 10.8 Localidad: <u>El Huayal</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Martín Chalchicuátla</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>						
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>ama casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		
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 checked="" 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>0616-61-5879 IF610R</u>				
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 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: <u>Miguel Hidalgo</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>El Huayal</u> Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>colle</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Miguel Hidalgo</u> <u>SIN</u> <u>SIN</u> <u>ejido</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>79955</u> 15.4 Núm. Interior: <u>El Huayal</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Martín Chalchicuátla</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>79955</u> 15.8 Localidad: <u>El Huayal</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Martín Chalchicuátla</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>25 01 2021</u> <u>19 46</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) <u>Estenosis aórtica severa</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>SICA por coronavirus (covrd 19)</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Cardiopatía isquémica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>insuficiencia cardíaca</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Hipertensión arterial sistémica</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>2 meses</u> <u>2 meses</u> <u>18 meses</u> <u>2 años</u> <u>10 años</u> 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 checked="" 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 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>nieta</u>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>41</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>San Martín Chel S.L.P.</u>				
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>SIN</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>SIN</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>79960</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>Zacatipan</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Zacatipan</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 22.7.7 Código Postal: <u>79960</u> 22.7.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Martín Chel</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>S.L.P.</u>		23. NOMBRE <u>Morises Zurirga Sanchez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>nieta</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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 <u>4451069</u> Número de la cédula profesional		27. FIRMA <u>[Firma]</u>				
28. NOMBRE <u>María Santacruz Cruz</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Carr</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>San Martín Km 3</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>SIN</u> 29.4 Núm. Interior: <u>SIN</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>ejido</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Zacatipan</u> 29.7 Código Postal: <u>79960</u> 29.8 Localidad: <u>Zacatipan</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>Tamazunchale</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>03022021</u>				
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>03 02 2021</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>41</u>				
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>San Martín Chel</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>S.L.P.</u> 32.3 Entidad federativa: <u>S.L.P.</u> 32.4 Día Mes Año: <u>20 02 2021</u>						

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

210833229