



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

210833268

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Abraham Candelario Isidro	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
20/08/1966		Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
San Luis Potosí		Se ignora ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
6. EDAD CUMPLIDA		7. NACIONALIDAD	
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: 58		Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique: Se ignora ☐	
8. ESTADO CONYUGAL		9. ESTADO CONYUGAL	
En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD	
Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Macabanas		Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o superior ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
H.5		H.5	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	
10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
Xaltitlán		Tamazunchale	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
20900		20900	
10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
San Luis Potosí		San Luis Potosí	
12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
Empleado		Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
12.1 Trabajaba		12.2 Número de seguridad social o afiliación	
Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		12.3 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica		15.1 Tipo de vivienda	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.2 Nombre de la vivienda	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
20900		Tamazunchale	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
20900		20900	
15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
San Luis Potosí		San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
31/08/2021 10:33		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
a) Sepsis - cox 2		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
b) Neumonía Atípica		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
c) Debido a (o como consecuencia de)		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
d) Debido a (o como consecuencia de)		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
20.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22.1 Fue un presunto		22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.4 Describe brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.5 Ante el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.6 Tipo de vivienda	
22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Angelica Candelario Hernandez		Hija	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: 322006		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
Juan Manuel Cantor Alaraz		[Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vivienda	
29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad	
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía	
32.3 Entidad federativa		32.4 Día	
32.5 Mes		32.6 Año	

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