



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

FOLIO
210835808
Módulo 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	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Antonio González Rodríguez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>02/07/1954</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Tamaulipas</u>	
5. CURP <u>GORA1540702HTSNDN06</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>66</u> años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Artavista</u>	
10.1 Tipo de vivienda <u>SN</u>	
10.2 Nombre de la vivienda <u>Centro</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>89970</u>	
10.4 Núm. Interior <u>Nuevo Morelos</u>	
10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Nuevo Morelos</u>	
10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tamaulipas</u>	
10.7 Código Postal <u>29000</u>	
10.8 Localidad <u>Nuevo Morelos</u>	
10.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamaulipas</u>	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Agricultor</u>	
12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>49925413178M195402</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica <u>HQ26 ca. Valles SLP</u>	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>914</u>	
15.2 Nombre de la vivienda <u>Fraccionamiento</u>	
15.3 Núm. Exterior <u>79000</u>	
15.4 Núm. Interior <u>Ciudad Valles</u>	
15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u>	
15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
15.7 Código Postal <u>29000</u>	
15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u>	
15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>28</u> Mes <u>01</u> Año <u>2021</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>09</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Insuficiencia respiratoria aguda</u>	
b) <u>Covid-19</u>	
c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>	
d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</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>Dicéteos Mellitus tipo 2</u>	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>10 días</u>	
Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>15 días</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>20 años</u>	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) <u>Area industrial (taller, fábrica u obra)</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>914</u>	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Fraccionamiento</u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>914</u>	
22.7.2 Nombre de la vivienda <u>Fraccionamiento</u>	
22.7.3 Núm. Exterior <u>79000</u>	
22.7.4 Núm. Interior <u>Ciudad Valles</u>	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u>	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
22.7.7 Código Postal <u>29000</u>	
22.7.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u>	
22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>María Elisa</u>	
23.1 Tipo de vivienda <u>914</u>	
23.2 Nombre de la vivienda <u>Fraccionamiento</u>	
23.3 Núm. Exterior <u>79000</u>	
23.4 Núm. Interior <u>Ciudad Valles</u>	
23.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u>	
23.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
23.7 Código Postal <u>29000</u>	
23.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u>	
23.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
23.10 Entidad federativa	
23.11 Teléfono <u>41813182124912</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1979285</u>	
27. NOMBRE <u>Julio Cesar Cortes</u>	
28. FIRMA <u>Martinez</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>914</u>	
29.2 Nombre de la vivienda <u>Fraccionamiento</u>	
29.3 Núm. Exterior <u>79000</u>	
29.4 Núm. Interior <u>Ciudad Valles</u>	
29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
29.7 Código Postal <u>29000</u>	
29.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u>	
29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
29.10 Entidad federativa	
29.11 Teléfono <u>41813182124912</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>28</u> Mes <u>01</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>914</u> Libro Núm. <u>914</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
32.3 Entidad federativa	
32.4 Día <u>28</u> Mes <u>01</u> Año <u>2021</u>	