



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

210836994

210836994 210836994 210836994 210836994 210836994

210836994 210836994 210836994 210836994 210836994

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Norberto Villagras Diaz | | | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO 07 06 1944 Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 | | ENTIDAD DE NACIMIENTO Morelos de Abajo Santa María del Río | |
| | | | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | |
| 5. CURP VJDM440607HSP1ZRO0 | | 6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 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 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | 8.2 Semanas de gestación: | | 8.3 Peso (gramos): | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | 10.1 Tipo de vialidad colonia. | | 10.2 Nombre de la vialidad Avda de Europa | |
| 10.3 Núm. Exterior 1672 10.4 Núm. Interior 79570 10.7 Código Postal | | 10.5 Tipo de asentamiento humano Santa María del Río | | 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí. | |
| 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 checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <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"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | |
| 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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 | | 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Soledad | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 112 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior | | 15.1 Tipo de vialidad Colonia | | 15.2 Nombre de la vialidad Rivas Guadalupe | |
| 15.7 Código Postal | | 15.8 Localidad | | 15.9 Municipio o Alcaldía | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12 01 2021 08 58 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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 18. SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | a) Sindrome de hipotension arterial aguda 2dias Debido a (o como consecuencia de) Neumonía covid | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 15 dias | |
| 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) Debido a (o como consecuencia de) Hipertensión Arterial Sistólica Otros | | 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 <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 <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 | |
| 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 | | | | | |
| 23. NOMBRE Nombre(s) Maria Rose | | Primer Apellido Villagrás Flores | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nyia | |
| 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 386229 | | Número de la cédula profesional | |
| 27. NOMBRE Nombre(s) Esteban Lopez Espinoza | | 28. FIRMA | | | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO Rivas Guillén. 29.1 Tipo de vialidad | | 29.2 Nombre de la vialidad | | 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior | |
| 29.5 Nombre del asentamiento humano Soledad de Graciano Sánchez Potosí. 29.9 Municipio o Alcaldía | | 29.7 Código Postal | | 29.8 Localidad | |
| 29.11 Teléfono | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12 01 2021 | | 32.1 Localidad | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad | | 32.3 Entidad federal 32.4 Día Mes Año | |
| 31.1 Acta Núm. _____ | | 32.2 Municipio o Alcaldía | | | |

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