Modelo 2017.1

FOLIO 210837001

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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)
Nombre(s): Ramon | Primer Apellido: Medrano | Segundo Apellido: Narvaez.

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 24 Mes 10 Año 1941

3. SEXO Hombre ∅1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP MENR411024HSPDRM03 Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1 No ∅2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD Mexicana ∅1 Otra 2 → Especifique Se ignora 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 79 Años cumplidos; Se ignora 9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5 En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) ∅1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle | 10.2 Nombre de la vialidad: Carlos Diez Gutierrez.
10.3 Núm. Exterior: 1359 | 10.4 Núm. Interior: | 10.5 Tipo de asentamiento humano: Casa habitación | 10.6 Nombre del asentamiento humano: barrio de San Miguelito.
10.7 Código Postal: 78339 | 10.8 Localidad: | 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional ∅8 Posgrado 10 Se ignora 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ∅1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL desempleado | Se ignora 99
12.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora ∅9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora ∅99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ∅1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad.
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Avenida | 15.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador.
15.3 Núm. Exterior: 1112 | 15.4 Núm. Interior: | 15.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital | 15.6 Nombre del asentamiento humano: Hospital General de Soledad
15.7 Código Postal: 78435 | 15.8 Localidad: | 15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano | 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 13 Mes 01 Año 2021 Horas 16 Minutos 17

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ∅1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No ∅2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Síndrome insuficiencia respiratoria aguda.	días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía atípica.	días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Obesidad	años.	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9
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

DEL INF.

23. NOMBRE
Nombre(s): Gerardo | Primer Apellido: Rodriguez | Segundo Apellido: Medrano

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sobrino

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico* ∅3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil* 5 Otro* 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 7543300

27. NOMBRE
Nombre(s): Luis Francisco | Primer Apellido: Pollán | Segundo Apellido: Valle.

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Avenida | 29.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador. | 29.3 Núm. Exterior: 1112 | 29.4 Núm. Interior: | 29.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital
29.6 Nombre del asentamiento humano: Hospital General Soledad | 29.7 Código Postal: 78435 | 29.8 Localidad:
29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano | 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí | 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 13 Mes 01 Año 2021

DEL REG. CIVIL

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
32.2 Municipio o Alcaldía | 32.3 Entidad federativa | 32.4 Día Mes Año

210837001

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