



# **SECRETARÍA DE SALUD**

## **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

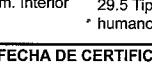
**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017.

FOLIO

210837167

**210837167**

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Hilario	Garcia	Heinrich dez	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	40   1   9   6   6	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP	6A44660114HSPR0606	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
		Si ignora <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
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 _____ Años cumplidos
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3
					Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1
					Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				
10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
789434		Soliedad de Graciano Sánchez	San Luis Potosí		
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2
12. OCUPACIÓN HABITUAL	empleado				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6	PEMEX <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hopital Graciano de Soliedad	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida Colonia	Avenida Rivas Guillén	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa	
789436		Soliedad de Graciano Sánchez	San Luis Potosí		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	15.01.2021   05   32	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?	
Día Mes Año	Horas Minutos			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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.)	19.1 Parte I Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda.				
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda. Debido a (o como consecuencia de):	19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de):	19.3 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 3 días			
{	c) Probable COVID-19 Debido a (o como consecuencia de):	19.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 3 días			
	d) Diabetes Mellitus Tipo 2 Debido a (o como consecuencia de):	19.5 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE Años			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) fallecido(a)
22.2.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 6	
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	22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE	Arnulfo	Garcia	Heinrich	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Heinrich
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	SG 72827
				Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE	Alejandro	Garcia	Zavala	28. FIRMA	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Avenida Rivas Guillén	Vallarta Avenida	1112 Colonia	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad
				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		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	15.01.2021
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono		Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA 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
DEL REG. CIVIL					