

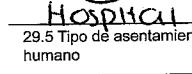


**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017

FOLIO

210837171

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	ROSAINDA		SALAZAR	RAMIREZ.	
	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO	31/05/1975	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año				SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP	SARIFSOS31MISPLMIS08		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	
			Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos
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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	
			365 casa habitación	Luis Cordoba Reyes	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano		
78138141			San Luis Potosi		
10.7 Código Postal	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	11.1 La escolaridad seleccionada es:
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2
12. OCUPACIÓN HABITUAL				12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	12.2 Ocupación <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8
	IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR			Hospital General de Salcedo	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 0
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 0
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida Hospital			Valentín Amador	15.2 Nombre de la vialidad
112	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Hospital General de Salcedo	15.6 Nombre del asentamiento humano
78435	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	San Luis Potosi	15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	15.11 Día	15.12 Mes	15.13 Año	15.14 Horas	15.15 Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" 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 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 Causa 1: Síndrome insuficiencia respiratoria aguda			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificado Código CIE
PARTE I	a)	Debido a (o como consecuencia de)		días	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	b)	Debido a (o como consecuencia de)		días.	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	c)	Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II	d)	Debido a (o como consecuencia de)			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3.1 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
después del parto o aborto <input type="radio"/> 0					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)			
Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)				
Suicidio <input type="radio"/> 3	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (caso, orfanato, etc.) Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)				
Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8			
		Se ignora <input type="radio"/> 9			
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	LORENA	Alvearado	Salazar.	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hija	
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	adscrito.	7543300	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE	Luis Francisco	Peñuelas	Valle.	28. FIRMA	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Avenida	Valentín Amador.	1117	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	15/01/2021	
			29.4 Núm. Interior	Día Mes Año	
			29.5 Tipo de asentamiento humano		
			29.6 Nombre del asentamiento humano		
			29.7 Código Postal		
			29.8 Localidad		
			29.11 Teléfono		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad				
32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa				
32.4 Día Mes Año					
33.1 Acta Núm. _____	33.2 Municipio o Alcaldía	33.3 Entidad federativa			
Y VIOLENTAS	INF. DEL CERTIFICANTE	CIVIL			