

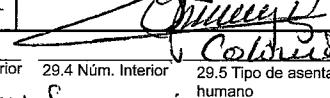


SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

210837178

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	JE. Rosendo Almendariz		Dimas.	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	01/03/1952	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	AEDJ520301HSPLMXO1	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
				Se ignora <input type="radio"/>	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 un año _____ Meses	Para personas de un año o más _____ Años cumplidos
					068 Se ignora <input type="radio"/>
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 type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1
					Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle	Dr. Mier	10.2 Nombre de la vialidad
4954	-	Colonia		Hidalgo	10.5 Nombre del asentamiento humano
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Nuevo Laredo	Nuevo Laredo	10.6 Nombre del asentamiento humano
188160		10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país si residía en el extranjero
10.11					Tamaulipas.
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:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Comerciante Se ignora <input type="radio"/>	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
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	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Hospital General Soledad	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Calle	15.1 Tipo de vialidad	Valentín Acuña	15.2 Nombre de la vialidad	
1112	-	Colonia	Soledad Encantada S.	Benavides	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Soledad Encantada S.	15.6 Nombre del asentamiento humano	
78436		15.7 Código Postal	15.8 Localidad	S. L. P.	
15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16/01/2021	16/00/39	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año	Horas	Minutos	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	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 principal: Neumonía por COVID-19				19.2 Causa secundaria: Diabetes Mellitus Tipo 2.
PARTE I	Debido a (o como consecuencia de)				Debido a (o como consecuencia de)
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a)	b)	c)	d)	19.3 Causa terciaria: Hipertensión Arterial Sistémica.
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					19.4 Causa cuaternaria: años
PARTE II	Diabetes Mellitus Tipo 2.				19.5 Causa quinta: años
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Hipertensión Arterial Sistémica.				
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN					Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
Código CIE					
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?	21.4 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
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	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	10 días
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				
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(la) fallecido(a)			
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	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (área, oficina, etc.) <input type="radio"/> 1	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8			
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		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	Esneider Yazaret Molinaro	Ortega	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	3207093				
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional				
*Especifique					
27. NOMBRE	Enka Dominguez	Yereine	28. FIRMA		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Calle Valentín Acuña	1112	29.10 Entidad federativa		
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior		
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Tipo de asentamiento humano		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	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				
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía				
32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año				

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