



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210837184
Modelo 2017.1

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

| | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Pedro Luis Mondor Scazsr</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>30/10/1987</u> Día Mes Año | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) |
| | 5. CURP [] Se ignora <input type="radio"/> 99 | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 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 un año: [] Meses Para personas de un año o más: <u>033</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9 | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vuelto(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 9 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| | 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>CALLE SANTIAGO HERNANDEZ</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>108</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>SAN JUAN DE GOSDALCOPE</u> 10.3 Núm. Exterior <u>799359</u> 10.4 Núm. Interior <u>San Luis Potosí</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 10.7 Código Postal <u>799359</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>S.L.P.</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | | |
| DE LA DEFUNCIÓN | 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <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 checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>CONDUCTOR</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" 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 type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación | |
| | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>CALLE VALENTIN SANCHEZ</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>GUAYARDO RIVAS GUILLON</u> 15.3 Núm. Exterior <u>799359</u> 15.4 Núm. Interior <u>Colonias</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonias</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 15.7 Código Postal <u>799359</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>S.L.P.</u> 15.10 Entidad federativa | | |
| | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>16/01/2021 14:27</u> Día Mes Año Horas 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 PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | |
| | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfénia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>P.B. AGUDAS POR SANS COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> 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 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>OBESIDAD MORBIDA</u> | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 dia</u> <u>1 dia</u> Código CIE [] Uso exclusivo del personal codificador | | |
| MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS | 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 después del parto o aborto <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 [] Uso exclusivo del personal codificador | | |
| | 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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote 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 Añote 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 <u>ARMANDO Mondor Costillo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u> | | |
| | 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>9925216/3880579</u> Número de la cédula profesional 27. NOMBRE <u>Luis De Anda Arroyo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA <u>[Firma]</u> 29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>CALLE VALENTIN SANCHEZ</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>GUAYARDO RIVAS GUILLON</u> 29.3 Núm. Exterior <u>799359</u> 29.4 Núm. Interior <u>Colonias</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonias</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>S.L.P.</u> 29.8 Localidad <u>S.L.P.</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>S.L.P.</u> 29.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>16/01/2021</u> Día Mes Año | | | |
| DEL REG. CIVIL | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 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 [] 32.5 Mes [] 32.6 Año [] | | |

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

210837184

