Modelo 2017.1

FOLIO 210837426

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): Maria — Primer Apellido: Reyna — Segundo Apellido: Liñan

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 2 Mes 4 Año 1943

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 REL M43 0S2 4M SPM XR 06 — 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 77 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: ___ 10.2 Nombre de la vialidad: domicilio conocido
10.3 Núm. Exterior: ___ 10.4 Núm. Interior: ___ 10.5 Tipo de asentamiento humano: localidad — 10.6 Nombre del asentamiento humano: rancho
10.7 Código Postal: 78100 — 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 Hogar — 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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

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: casa habitación — 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 14 Mes 01 Año 2021 Horas 17 Minutos 52

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	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía atípica. (Debido a (o como consecuencia de))	días	
	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	Hipertensión arterial sistémica	años	

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Uso exclusivo del personal codificador) Código CIE: ___

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

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): Epitacio — Primer Apellido: Tovias — Segundo Apellido: Espinoza.

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

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: adscrito.

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

27. NOMBRE Nombre(s): Luis Francisco — Primer Apellido: Pacci — 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 de Soledad — 29.7 Código Postal: 78435 — 29.8 Localidad: ___
29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí — 29.11 Teléfono: ___

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 19 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: ___

210837426

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