



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

Modelo 2017

210837576

210837576

6 21083757

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Carlo		González	González				
Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO	04/11/1965	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			
Dia	Mes	Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP	G06C6S1104HSPNNR07		Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
			99	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <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			
					15 5 Se ignora <input type="radio"/>			
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 checked="" type="radio"/> 1 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				
303 A	Colonia		Calle	Calle La bregada.				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	Villa de Cactus				
78438		Soledad de Graciano Sánchez	San Luis Potosí	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.11	Se ignora <input type="radio"/>				
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
				Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Hospital General de Salud	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	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			
1112	Calle	Rivadavia	78436	Colonia	Soledad de Graciano Sánchez			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	15.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19012021	01	06	21	06	24	Sí <input 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 cardiaco, astenia, etc.)	Parte I						Uso exclusivo del personal codificador	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda						Código CIE	
Debido a (o como consecuencia de)								
Causas antecedentes	b) Neumonía por COVID-19							
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	c) Diabetes Mellitus Tip. 2							
Debido a (o como consecuencia de)								
d)								
PARTE II							Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							13 días	
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	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	Uso exclusivo del personal codificador	
No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5								
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	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)			
Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 0	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	
Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Asilo, orfanato, etc. <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Otro <input type="radio"/> 8	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	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		22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
22.7.10 Entidad federativa								
23. NOMBRE	Maria Guadalupe		Torres	González	Hernández	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
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	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
						Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	Alvarado		Gómez	Zambrano		28. FIRMA		
Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido					
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Av. Ruiz Guillén		Ventan Amador	1112	1112	29.5 Tipo de asentamiento humano		
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	29.11 Teléfono	29.12 Día	29.13 Mes	29.14 Año	29.15	
Soledad de Graciano Sánchez	78436	Rivas Guillen	4498260100					
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12 Día	29.13 Mes	29.14 Año	29.15	29.16	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	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
Núm. _____, Libro Núm. _____								
31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DERE PERMÍTIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD.