Modelo 2017.1

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 210839675

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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): CEFERINO | Primer Apellido: GARCIA | Segundo Apellido: AGUILAR

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 16 Mes 08 Año 1964

3. SEXO Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosi (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP GAAC640816HSPRGF00 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 56 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: Calle | 10.2 Nombre de la vialidad: San Jose
10.3 Núm. Exterior: 17 | 10.4 Núm. Interior: ___
10.5 Tipo de asentamiento humano: Comunidad | 10.6 Nombre del asentamiento humano: Tierra Blanca
10.7 Código Postal: ___ | 10.8 Localidad: Tampamolon Corona | 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

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 Tecnico docente INEA | 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
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSS000035 6

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera Federal | 15.2 Nombre de la vialidad: Mexico-Laredo sur
15.3 Núm. Exterior: Km 07 | 15.4 Núm. Interior: ___
15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento | 15.6 Nombre del asentamiento humano: Oxitipa
15.7 Código Postal: ___ | 15.8 Localidad: ___ | 15.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles | 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 21 Mes 03 Año 2021 Horas 10 Minutos 00

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) Sindrome de diastres respiratorio agudo	08 dias	
	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	b) Neumonia no especificada	08 dias	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Sospecha de sars cov-2	08	
	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	Diabetes mellitus tipo 2		

PODER EJECUTIVO FEDERAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS MEXICO, D.F.

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P. RAMA MEDICA

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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): Jose Andres | Primer Apellido: Garcia | Segundo Apellido: Resendiz

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

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

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2264227 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE
Nombre(s): Jose Ruben | Primer Apellido: Granados | Segundo Apellido: Trinidad

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera | 29.2 Nombre de la vialidad: federal Mexico-Laredo sur
29.3 Núm. Exterior: Km 07 | 29.4 Núm. Interior: ___ | 29.5 Tipo de asentamiento humano: fraccionamiento
29.6 Nombre del asentamiento humano: Oxitipa | 29.7 Código Postal: ___ | 29.8 Localidad: ___
29.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles | 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosi | 29.11 Teléfono: ___

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 21 Mes 03 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 ___

210839675