



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO
210841279
210841279210841279210841279210841279
210841279210841279210841279210841279

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Maria</u> Primer Apellido <u>Agustina</u> Segundo Apellido <u>Santiago</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>13</u> Mes <u>10</u> Año <u>1933</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Estado de San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>SAXA531013MSPNX6107</u>	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 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>06</u> Para menores de un día: Horas <u>17</u> Para menores de un mes: Días <u>06</u> Para menores de un año: Meses <u>07</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>067</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 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 Leticia de los Angeles</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>18</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera a Tlaxiaco</u> 10.3 Núm. Exterior <u>79930</u> 10.4 Núm. Interior <u>51014</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Arboles de Tlaxiaco</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>79930</u> 10.8 Localidad <u>Arboles de Tlaxiaco</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input 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		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
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 IMSS <input checked="" 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 <u>136</u>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input checked="" 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 <u>Hospital Rural de San Luis Potosí</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>136</u> Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>136</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera a Tlaxiaco</u> 15.3 Núm. Exterior <u>79930</u> 15.4 Núm. Interior <u>51014</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Arboles de Tlaxiaco</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>79930</u> 15.8 Localidad <u>Arboles de Tlaxiaco</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>15</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>08</u> Minutos <u>30</u>		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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, 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) <u>Neumonía viral</u> b) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> c) <u>Se ignora</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Se ignora</u> d) <u>Se ignora</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Se ignora</u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>20</u>		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 checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
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 checked="" 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 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Se ignora</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>136</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Se ignora</u> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>136</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera a Tlaxiaco</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>79930</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>51014</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Arboles de Tlaxiaco</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>79930</u> 22.7.8 Localidad <u>Arboles de Tlaxiaco</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Leopoldo</u> Primer Apellido <u>Rivera</u> Segundo Apellido <u>Santiago</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input checked="" type="radio"/> 8 *Especifique <u>11240938</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>11240938</u>
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Karla Lorena</u> Primer Apellido <u>Calva</u> Segundo Apellido <u>Salinas</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>136</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera a Tlaxiaco</u> 29.3 Núm. Exterior <u>79930</u> 29.4 Núm. Interior <u>51014</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Arboles de Tlaxiaco</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>79930</u> 29.8 Localidad <u>Arboles de Tlaxiaco</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>136</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>15</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>136</u> Libro Núm. <u>136</u> 31.1 Acta Núm. <u>136</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>136</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>15</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



210841279