Modelo 2017.1

FOLIO 210844069

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): Erasto — Primer Apellido: Gaona — Segundo Apellido: Aguilar

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 26 Mes 07 Año 1966

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

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

5. CURP GAAE660726HPLNGR02 Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD Mexicana ● 1 Otra ○ 2 → Especifique Se ign

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) 054 Se ign

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 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se igno

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle — 10.2 Nombre de la vialidad: Revolución
10.3 Núm. Exterior: 16 — 10.4 Núm. Interior: — 10.5 Tipo de asentamiento humano: Localidad — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Paso de Coyutla
10.7 Código Postal: — 10.8 Localidad: Paso de Coyutla — 10.9 Municipio o Alcaldía: Coyutla — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el ext: Veracruz

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 Chófer Se igno
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 Hogar ○ 11 Otro luga Se igno
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Rural Axtla
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPIMO002475

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Libramiento — 15.2 Nombre de la vialidad: Al Cobach
15.3 Núm. Exterior: 136 — 15.4 Núm. Interior: — 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Santa María II
15.7 Código Postal: 79930 — 15.8 Localidad: Santa María II — 15.9 Municipio o Alcaldía: Axtla de Terrazas — 15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 29 Mes 03 Año 2021 Horas 18 Minutos 18

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROP Sí ○ 1 No ●

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Sospechoso de Sars-Covz
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)
Debido a (o como consecuencia de)
c)
Debido a (o como consecuencia de)
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 4 días

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Uso exclus personal c Códig

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

Uso exclusivo del personal codi
20. CAUSA BÁSICA DE DEFU Código CIE

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 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): Oralia — Primer Apellido: Zuñiga — Segundo Apellido: Cruz

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

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 9100228 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE Nombre(s): Natalia Noemí — Primer Apellido: Esparza — Segundo Apellido: Palacios

28. FIRMA Natalia E.

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Libramiento — 29.2 Nombre de la vialidad: Al Cobach — 29.3 Núm. Exterior: 136 — 29.4 Núm. Interior: — 29.5 Tipo de asenta humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Santa María II — 29.7 Código Postal: 79930 — 29.8 Localidad: Santa María II
29.9 Municipio o Alcaldía: Axtla de Terrazas — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí — 29.11 Teléfono: 4893651181

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 30 Mes 03 Año 20

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

210844069

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

Distribución gratuita