



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210844076

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUELTOS OBLIGADOS Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

卷之三

DE LOS SUCESOS OBSERVADOS EN EL FALLECIMIENTO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>Leiva</i>		Primer Apellido <i>Hernandez</i>		Segundo Apellido <i>Antonio</i>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				
Día <i>28</i> Mes <i>9</i> Año <i>1968</i>		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		S. LUIS POTOSI		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
DEL FALLECIDO	5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD				
	<i>LEIHL690928MSPRINM05</i>		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1		Se ignora <input type="radio"/> 99		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más			
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos			
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	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 1		
					En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad				
				<i>calle</i>	<i>Juarez</i>				
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano				
				<i>Pernoxeo</i>	<i>Xilitla</i>		<i>San Luis Potosi</i>		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
				<i>1711</i>					
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL				
	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		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 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		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8									
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa	
15.3 Núm. Exterior <i>135</i> 15.4 Núm. Interior <i>791930</i>		15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Dxtila de Tercerizos</i>				<i>Santa Maria 11</i>		<i>San Luis Potosi</i>	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa				
				<i>136</i>					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
16.1 Día <i>03</i> 16.2 Mes <i>04</i> 16.3 Año <i>2021</i>		16.4 Horas <i>01</i> 16.5 Minutos <i>32</i>		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
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) Debido a (o como consecuencia de) <i>Respiratoria</i>		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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) <i>Covid 19</i>		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		c) Debido a (o como consecuencia de) <i>Coronadas diabetes</i>		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		12 horas <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		d) Debido a (o como consecuencia de) <i>Diabetes Mellitus tipo 2</i>		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		12 horas <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
PARTE II									
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo									
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Usa exclusivo del personal codificado Código CIE	
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	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	12 horas <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		
El embarazo <input type="radio"/> 1		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				10 años <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		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(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7		
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2				Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 99		
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9				Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5				
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 <i>22.7.4 Núm. Interior <i>136</i></i>		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				
23. NOMBRE		Nombre(s) <i>Austre</i>		Primer Apellido <i>Hernandez</i>	Segundo Apellido <i>Antonio</i>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
DEL CERTIFICANTE		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
		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 type="radio"/> 8	10488362		Número de la cédula profesional			
				*Especifique					
27. NOMBRE		Nombre(s) <i>Soriano Francisco Perez</i>		Primer Apellido <i>Rog</i>	Segundo Apellido <i>Bog</i>	28. FIRMA			
DEL INF.		29. DOMICILIO y TELÉFONO		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
		<i>Calle Libramiento Al Cobach 136</i>		<i>7919310</i>		<i>Dxtila de Tercerizos</i>			
DEL REG. CIVIL		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
		<i>Santa Maria 11</i>		<i>7919310</i>		<i>Dxtila de Tercerizos</i>	<i>03042021</i>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
		Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad						
		31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía						
		31.2 Acta Núm. _____	32.3 Entidad federativa						
		31.3 Acta Núm. _____	32.4 Día						
		31.4 Acta Núm. _____	32.5 Mes						
		31.5 Acta Núm. _____	32.6 Año						

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