



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210846466
210846466210846466210846466210846466
210846466210846466210846466210846466

*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Mario Santos</u> Primer Apellido <u>Rojas</u> Segundo Apellido <u>Gudino</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>22</u> / <u>08</u> / <u>1991</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Xilitla</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>R06S910822HSP00DNO104</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u>02</u> / <u>9</u> Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u>14</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Los tres Pozos</u> 10.3 Núm. Exterior <u>79900</u> 10.4 Núm. Interior <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Xilitla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Mexico</u> 10.7 Código Postal <u>79900</u> 10.8 Localidad <u>Xilitla</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Mexico</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Amo de casa</u> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u> </u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Vallés</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u> </u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Mexico - Toluca</u> 15.3 Núm. Exterior <u>79090</u> 15.4 Núm. Interior <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Oxitipá</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Vallés</u> 15.7 Código Postal <u>79090</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Vallés</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Mexico</u> 15.10 Entidad federativa <u>Mexico</u>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>01</u> / <u>06</u> / <u>2021</u> <u>01</u> : <u>15</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 día</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u> </u>	
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> </u> b) <u>Neumonía atípica por probable SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> c) <u> </u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> d) <u> </u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </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>Obesidad Grado 2</u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u> </u> Uso exclusivo del personal codificador	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 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: <u> </u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u> </u> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u> </u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 22.7.7 Código Postal <u> </u> 22.7.8 Localidad <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa <u> </u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Eugenio</u> Primer Apellido <u>Rojas</u> Segundo Apellido <u>Gudino</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> 27. NOMBRE <u>Mario del Carmen Luis</u> <u>Noguer</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>11180388</u> Número de la cédula profesional	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Mexico - Toluca</u> 29.3 Núm. Exterior <u>79090</u> 29.4 Núm. Interior <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Oxitipá</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Vallés</u> 29.7 Código Postal <u>79090</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u> </u>		28. FIRMA <u> </u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u> </u> , Libro Núm. <u> </u> 21.4 Acta Núm. <u> </u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u> </u> 32.2 Fecha de registro <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	



210846466