Modelo 2017.1

FOLIO 210849354

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE ENTREGAR 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): Eduardo — Primer Apellido: Arvizu — Segundo Apellido: Guardado

2. FECHA DE NACIMIENTO — Día 13 Mes 09 Año 1960

3. SEXO — Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

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

5. CURP — ARIE600913HSLRNN05 — Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? — Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD — Mexicana (X) 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: Años cumplidos: 60 — 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) (X) 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: Ignacio Zaragoza
10.3 Núm. Exterior: 8 — 10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Ejido — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Ejido San Miguelito
10.7 Código Postal: 79600 — 10.8 Localidad: Vallecillo — 10.9 Municipio o Alcaldía: Vallecillo — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD — Ninguna ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria ( ) 3 Secundaria (X) 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 — Operador — Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba: Sí (X) 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 (X) 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 Cd. Valles
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Calle — 15.2 Nombre de la vialidad: Mexico Lerdo
15.3 Núm. Exterior: 7 — 15.4 Núm. Interior: Fraccionamiento Oxtla
15.5 Tipo de asentamiento humano: — 15.6 Nombre del asentamiento humano:
15.7 Código Postal: — 15.8 Localidad: Valles — 15.9 Municipio o Alcaldía: Valles — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN — Día 07 Mes 02 Año 2021 — Horas 14 Minutos 36

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? — Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? — Sí ( ) 1 No (X) 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) Neumonía SARS COV 2	15 días	
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) Debido a (o como consecuencia de)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

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 codificador — **20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN** 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 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): J. Guadalupe — Primer Apellido: Arvizu — Segundo Apellido: Guardado

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

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR — Médico tratante ( ) 1 Médico legista ( ) 2 Otro médico* (X) 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ( ) 4 Autoridad civil* ( ) 5 Otro* ( ) 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — Número de la cédula profesional: 9959500

27. NOMBRE — Nombre(s): Eduardo — Primer Apellido: Castillo — Segundo Apellido: Zaragoza

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Calle — 29.2 Nombre de la vialidad: Mexico Lerdo — 29.3 Núm. Exterior: 7 — 29.4 Núm. Interior: Fraccionamiento Oxtla — 29.5 Tipo de asentamiento humano:
29.6 Nombre del asentamiento humano: — 29.7 Código Postal: — 29.8 Localidad: Valles
29.9 Municipio o Alcaldía: Valles — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí — 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN — Día 07 Mes 02 Año 2021

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO — Núm. _____, Libro Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad

210849354

Walter Ruiz 106 1402

Ejido San Miguelito 10.6 Dice Ejido San Miguelito

Ejido San Miguelito

Arvizu 10.7 Eduardo

12 de Febrero 2021