Modelo 2017.1

FOLIO 210849356

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 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): Sara; Primer Apellido: Sanchez; Segundo Apellido: Arriaga

2. FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año: 06 05 1945

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

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

5. CURP SIAA450506MSPNRR — Se ignora ○99

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

7. NACIONALIDAD Mexicana ●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: 65 Años cumplidos — 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) ●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: Carrizal de la Vaca
10.3 Núm. Exterior: 712
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano:
10.6 Nombre del asentamiento humano: Localidad
10.7 Código Postal:
10.8 Localidad: El Naranjito
10.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

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 Ama de casa — Se ignora ○99
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 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Valles
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SLPSSA000125

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Km 7
15.2 Nombre de la vialidad: Carr. Mexico Tuxpan
15.3 Núm. Exterior:
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Fracc. Cortina
15.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles
15.7 Código Postal:
15.8 Localidad:
15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día / Mes / Año: 02 02 2022 — Horas / Minutos: 12 55

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ●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) Neumonia por Covid	22 días	
	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) Insuficiencia de Distres Respiratorio Agudo severo	19 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Choque Septico	2 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) Obesidad Mórbida	crónico	
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

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P. PARA IO SOCIAL

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s): Sergio; Primer Apellido: Luna; Segundo Apellido: Alvarado

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

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: General

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 6469706

27. NOMBRE Nombre(s): Carolina; Primer Apellido: Gonzalez; Segundo Apellido: Cortes

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carr.
29.2 Nombre de la vialidad: Mexico-Laredo
29.3 Núm. Exterior: Km 7
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Fracc. Cortina
29.6 Nombre del asentamiento humano:
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad: Ciudad Valles
29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día / Mes / Año

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

210849356