



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

212248027

212248027-2 15349027-2 15349027-2 15349027-2 15349027-2

1. NOMBRE
DEL(DE LA)
FALLECIDO(A)

Roberto

Nombre(s)

Gómez

Primer Apellido

Ortiz

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

12 41 10 11 97 21
Día Mes Año

3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Distrito Federal

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

1G101R172110124111DIFINIRB10131

Se ignora

O99

6. ¿HABLABA AL GUNA
 LENGUA INDÍGENA?

SI NO Se ignora

O9

7. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

→ Especifique

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

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

En unión libre

Separado(a)

Divorciado(a)

Soltero(a)

Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)

10.1 Tipo de vivienda

Fraccionamiento

10.2 Nombre de la vivienda

Fraccionamiento

10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

Ciudad Valles

10.6 Nombre del asentamiento humano

Ciudad Valles

10.7 Código Postal

10.8 Localidad

10.9 Municipio o Alcaldía

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD

Ninguna

Preescolar

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Profesional

Posgrado

Se ignora

Completa

Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Diseñadora de Moda

Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS BIENESTAR

ISSSTE

SEDENA

Unidad médica privada

Otra unidad pública

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Hospital General de Zona 06

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública

Otro lugar

Hogar

Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vivienda

Fraccionamiento

15.2 Nombre de la vivienda

Fraccionamiento

15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior

15.5 Tipo de asentamiento humano

Ciudad Valles

15.6 Nombre del asentamiento humano

Ciudad Valles

15.7 Código Postal

15.8 Localidad

15.9 Municipio o Alcaldía

15.10 Entidad federativa

San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

21 7 10 17 21 0 21 11 11 6 11 3

Día Mes Año Horas Minutos

17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

SI NO Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

SI NO

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

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Influenza Respiratoria Aguda

Debido a (o como consecuencia de)

b) Síndrome inflamatorio multisistémico asociado con covid-19

Debido a (o como consecuencia de)

c) Covid-19

Debido a (o como consecuencia de)

d)

20. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

SI NO

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

24 hrs

1400

16 días

16 días

1600

8 años

1100

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

El puerperio

El posparto o aborto

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

43 días a 11 meses

43 días a 11 meses

21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI NO

21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI NO

22. SÍ LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente

Homicidio

Suicidio

Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI NO

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Área deportiva

Calles o carretera

rancho o parcela

Otro

Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

</