



4107510047-3  
IF1951SF ANTE

**SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

SINBA

212248046

200904052151

C-4  
25  
MEC  
INT

DEL FALLECIDO

**\*SILA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A  
DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES  
DE SUSJETOS OBLIGADOS Y AL EFERDENT DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULIAR APES.**

1. NOMBRE DEL(LEA) FALLECIDO(A)		Educadora		Arranca		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
11 31 10 11 19 51 11 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD					
LA11LXIE151110113MISIPR1X1D10181		Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
8. EDAD CUMPLIDA de una hora		Para menores de un día Minutos		Para menores de un mes Horas		Para menores de un año Días		Para personas de un año o más Meses	
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		10.6 Nombre del asentamiento humano	
						Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>		Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
S/N		Fundo		Giacomo Sanchez		Kilometro 47		San Luis Potosí	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano			
17191311101		El huacín		El huacín		Colonia luis Palma			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL					
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/>		Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		Interventor del hogar		Se ignora <input type="radio"/>	
Profesional <input type="radio"/>		Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				12.1 Trabajaba		Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica		Se ignora <input type="radio"/>	
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>		SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>		Unidad médica privada <input type="radio"/>		Hospital General Tercera Fase		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>		Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa			
914		Fraccionamiento		Mazatlán		19 de enero			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
10 4 10 18 12 10 21 10 10 10 10 10 Dia Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que pudieron haber sido consignados arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Covid-19 Debido a (o como consecuencia de)		1960		1 días			
{ c) d)		c) Debido a (o como consecuencia de)		U071		2 días			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión arterial		E119		6 meses			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDÉ 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?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			
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 estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Área industrial <input type="radio"/> (taller, fábrica u obra) Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 pública Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4.1 Relación entre el presunto agresor y el fallecido(a)					
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? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 pública		Área industrial <input type="radio"/> (taller, fábrica u obra) Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 pública		22.4.2 Relación entre el presunto agresor y el 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			
23. NOMBRE		Mra. Felix de Laro		Arranca		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		hija			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
27. NOMBRE		David Enrique Bañuelos Mandado		28. FIRMA		1161836			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Número de la cédula profesional			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
Paitanera		914		Av. Ciudad Valles		914		Tlaxcoapan	
29.5 Tipo de asentamiento humano									
29.6 Nombre del asentamiento humano									
Ciudad Valles									
29.7 Código Postal									
29.8 Localidad									
29.9 Municipio o Alcaldía									
29.10 Entidad federativa									
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN									
10 4 10 18 12 10 21 10 10 10 10 10 Dia Mes Año									
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUGZAGO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
Número _____ Libro Número _____		32.1 Localidad							
31.1 Acta Número _____		32.2 Municipio o Alcaldía							
		32.3 Entidad federativa							
		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año			

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD**