



62168977007
4M1965OR

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

212248130

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A) Felix Hernandez Martinez		2. FECHA DE NACIMIENTO 13/08/1965		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Son Luis Potosi	
5. CURP H1ENF61508130HISIPRIL012		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique _____		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: 55 años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): Calle Adolfo López Mateos 10.1 Tipo de vivienda: Colonia 10.2 Nombre de la vivienda: Ampliación Santa Rosa 10.3 Núm. Exterior: 791030 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosi 10.7 Código Postal: 791030 10.8 Localidad: Ciudad Valles 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____		11. LA ESCOLARIDAD seleccionada es: Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒		12. OCUPACIÓN HABITUAL Agente de Ventas 12.1 Trabajaba: Sí No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: H206 cd Valles Sup. IMSS 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____		14.3 Tipo de habitación: Via pública Otro lugar ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Boyard 15.2 Nombre de la vivienda: Mexico Canada Norte 15.3 Núm. Exterior: 791030 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 15.7 Código Postal: 791030 15.8 Localidad: Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi 15.10 Entidad federativa: _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 08 Mes: 12 Año: 2021 Horas: 10 Minutos: 34		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto 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) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Síndrome pulmonar multifocal asociado con Covid-19 Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Covid-19 Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Insuficiencia renal aguda no complicada Diabetes Mellitus con complicaciones múltiples		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 7 días 10 días 4 días 13 días		Código CIE J960 U09 U071 N179 E117	
---	--	---	--	--	--

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U071	
22. SI 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? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anoto la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐		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 Anoto el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 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: _____		22.8 Anoto la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐	

23. NOMBRE Nombre(s): Felix Hernandez Primer Apellido: Utrilla Segundo Apellido: Hijo		24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ 25.1 Nombre: Julio Cesar Castro Martinez 25.2 Domicilio y teléfono: Boulevard Mexico Canada Norte 7914 25.3 Núm. Exterior: 791030 25.4 Núm. Interior: Ciudad Valles 25.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 25.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosi 25.7 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi 25.8 Localidad: Huastecapán 25.9 Entidad federativa: Huastecapán 25.10 Teléfono: 4616212472		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 1979285 27. FIRMA: _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA 29.1 Tipo de vivienda: Boyard 29.2 Nombre de la vivienda: Mexico Canada Norte 29.3 Núm. Exterior: 791030 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 29.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 29.7 Código Postal: 791030 29.8 Localidad: Ciudad Valles 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosi		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 08 Mes: 12 Año: 2021	

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE 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

212248130