



09038454501 SECRETARÍA DE SALUD
IMI9840R CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEER LAS INSTRUCCIONES EN EL P.D.

SINBA
368
FOLIO
212248138

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES.

PUERTES ACCIDENTALES

DEL

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.
CIVIL

ANTES DE LLENAR LAS INSTRUCCIONES EN EL FORMULARIO

DEL FALLECIDO	Miguel Omar			Haroa	Sánchez
	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país que nació en el extranjero		
	1 6 1984	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Cochabamba		
	5. CURP MIEISN8406111HCLRN607	6. ¿HABLARA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicano <input type="radio"/> Extranjero <input checked="" type="radio"/>		
	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):	8.4 Edad estimada:	8.5 Libro Número:
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	10.1 Tipo de viabilidad Calle	10.2 Nombre de la viabilidad Lomas de potosí		
417 Fraccionamiento	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 171901019	10.5 Tipo de asentamiento humano ciudad valles	10.6 Número del asentamiento humano 914		
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía ciudad valles	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Anotar actividad profesional	12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 8 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Zona #6	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 Fraccionamiento	15.1 Tipo de viabilidad ciudad valles	15.2 Nombre de la viabilidad 19 de Enero	15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí		
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 171901010	15.5 Tipo de asentamiento humano ciudad valles	15.9 Municipio o Alcaldía mexico laredo	15.10 Entidad federativa 15.7 Código Postal		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09 08 2021 19 35	15.8 Localidad	17. LUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
Día Mes Año Horas Minutos					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria aguda 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) Syndrome inflamatorio multisistémico asociado a covid Debido a (o como consecuencia de)				
	c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)				
	d) COVID-19				
PARTE II Otros estados patológicos que pudieron contribuir a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 44 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote el nombre del presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	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 viabilidad	22.7.2 Nombre de la viabilidad			
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 Luz monserath	Primer Apellido Rubio	Segundo Apellido Sandoval	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa		
Nombre(s)					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legislista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 Secretaría de Salud	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7587723	Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Nataliel	Primer Apellido Valdez	Segundo Apellido Mendoza	28. FIRMA		
Nombre(s)					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard	Mexico Laredo	914			
19 de Enero	29.1 Tipo de viabilidad				
29.6 Nombre del asentamiento humano ciudad valles	29.2 Nombre de la viabilidad 171901010	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.7 Código Postal San Luis Potosí	29.8 Localidad ciudad valles	29.5 Tipo de asentamiento humano Fraccionamiento		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09 10 812021	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad				
31.1 Acta Núm.					