



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248163

Modelo 2017.1

\*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

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(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Jorge Luis</u> Primer Apellido <u>Lanaga</u> Segundo Apellido <u>Ortiz</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>1984</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>LACJ841100HLSPRN18012</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u>  </u> Minutos <u>  </u> Para menores de un día <u>  </u> Horas <u>  </u> Para menores de un mes <u>  </u> Días <u>  </u> Para menores de un año <u>  </u> Meses <u>  </u> Para personas de un año o más <u>22</u> Años cumplidos <u>6</u> Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Carr. México-Laredo Km. 7.5 Fraccionamiento Oxidación</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>  </u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>  </u> 10.3 Núm. Exterior <u>  </u> 10.4 Núm. Interior <u>  </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>  </u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>  </u> 10.7 Código Postal <u>  </u> 10.8 Localidad <u>  </u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>  </u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>  </u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>  </u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hosp. General de México</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>  </u> 14.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 14.4 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>  </u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>  </u> 15.3 Núm. Exterior <u>  </u> 15.4 Núm. Interior <u>  </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>  </u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>  </u> 15.7 Código Postal <u>  </u> 15.8 Localidad <u>  </u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>  </u> 15.10 Entidad federativa <u>  </u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>2021</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>18</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) <u>Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Infección Respiratoria Aguda</u> b) <u>Neumonía por COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> c) <u>  </u> Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> d) <u>  </u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>  </u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>  </u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>  </u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>  </u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>  </u>	
22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>  </u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>  </u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>  </u> 22.7.4 Núm. Interior <u>  </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>  </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>  </u> 22.7.7 Código Postal <u>  </u> 22.7.8 Localidad <u>  </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>  </u> 22.7.10 Entidad federativa <u>  </u>	

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Jorge Luis</u> Primer Apellido <u>Lanaga</u> Segundo Apellido <u>Hernández</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>
---	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>4011301</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Eugen Alberto Maldonado Ibarra</u> Primer Apellido <u>  </u> Segundo Apellido <u>  </u>	
28. FIRMA <u>  </u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>  </u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>  </u> 29.3 Núm. Exterior <u>  </u> 29.4 Núm. Interior <u>  </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>  </u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>  </u> 29.7 Código Postal <u>  </u> 29.8 Localidad <u>  </u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>  </u> 29.10 Entidad federativa <u>  </u> 29.11 Teléfono <u>  </u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>  </u> Mes <u>  </u> Año <u>  </u>	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>  </u> Libro Núm. <u>  </u> 31.1 Acta Núm. <u>  </u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>  </u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>  </u> 32.3 Entidad federativa <u>  </u> 32.4 Día <u>  </u> Mes <u>  </u> Año <u>  </u>	
--	--	--	--



212248163