



41957300977

1M197302

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SINBA

373 212248203

Modelo 2017.1

FOLIO

212248203 212248203 212248203 212248203

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-13  
2S  
MED  
INT

DE FALLECIDO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECCIÓN 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 POSSESIÓN DE LOS Sujetos OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN  
MUERTE ACCIDENTAL  
Y VIOLENTA

212248203

DEL INF.  
DEL CERTIFICANTE  
DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(FE)LA FALLECIDO(A)	Marcos Koves	Primer Apellido	Santiago	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO	10/11/1911	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
5. CURP	RJESM731203HSPYNR00	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
8. EDAD	Para menores de una hora CUMPLIDA	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
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano		
791000	Tamín	Tamín	Ampliación Mirasol		
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	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <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"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora <input type="radio"/> 99
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 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	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
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 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	914	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad		
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano		
791000	Ciudad Valles	Ciudad Valles	San Luis Potosí		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	12/10/18 12:02:11	10/15/10	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año	Horas	Minutos	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: para cardíaco, astenia, etc.)					
PARTE I					
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a)	Insuficiencia Respiratoria Aguda	Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	21 hrs	
b)	Síntoma Inflamatorio Multisistémico asociado con COVID-19	Debido a (o como consecuencia de)	5 días	J109	
c)	COVID-19	Debido a (o como consecuencia de)	23 días	J071	
d)					
PARTE II					
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la causa principal o causaron 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 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	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
43 días a 11 meses	después del parto o aborto <input type="radio"/> 4			U071	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
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	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva (calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9				
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	Ana Diaz Navaez Espinoza	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
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 <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 6 *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
	Otro* <input type="radio"/> 8	11836848 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE	Rubi Esmeralda Sanchez Perez	28. FIRMA			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Boulevard Mexico Landa 914	29.1 Tipo de vialidad			
19 de Enero	29.2 Nombre de la vialidad				
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.3 Núm. Exterior				
29.7 Código Postal	29.4 Núm. Interior				
29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa				
29.11 Teléfono	29.12 Fecha de certificación				
31.1 Acta Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm., Libro Núm.	32.1 Localidad				
31.2 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía				
	32.3 Entidad federativa				
	32.4 Dia				
	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 HISTORIAL DE EL PACIENTE.