

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO

**212248204**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO</b>  1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A) <b>TOMAS</b> Nombre(s) <b>Ibarra</b> Primer Apellido Segundo Apellido 2. FECHA DE NACIMIENTO Día <b>13</b> Mes <b>11</b> Año <b>1916</b> 3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 5. CURP <b>TL1311111916113HISPBIRAM09</b> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique 8. EDAD Para menores CUMPLIDA de una hora <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos <input type="checkbox"/> 159 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <b>26</b> 8.2 Semanas de gestación: <b>36</b> 8.3 Peso (gramos): <b>3000</b> 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Calle Agustín Melgar</b> 10.1 Tipo de vialidad <b>Av. 60</b> 10.3 Núm. Exterior <b>26</b> 10.4 Núm. Interior <b>Exco</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Florido</b> 10.7 Código Postal <b>32000</b> 10.8 Localidad <b>Ahuaya</b> 10.9 Municipio o Alcaldía <b>Florido</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>San Luis Potosí</b> 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Asalariado</b> <input type="checkbox"/> 1 Trabajaba <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seg. Popular / INSAI <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Hospital General <b>Zona 06</b> <input type="checkbox"/> 10 Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <b>Méjico-Lucero</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>19 de Enero</b> 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Boulevard 19 de Enero</b> 15.1 Tipo de vialidad <b>Trav. de Enero</b> 15.3 Núm. Exterior <b>19</b> 15.4 Núm. Interior <b>de Enero</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b> 15.7 Código Postal <b>32000</b> 15.8 Localidad <b>Ciudad Valles</b> 15.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 15.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b> 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>13 08 2021 10:14:17</b> Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) <b>Parte I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Insuficiencia respiratoria aguda</b> Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que provocaron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) <b>Otros Fármos de Choque</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Síndrome inflamatorio multiorgánico asociado a Covid-19</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Covid-19</b> Debido a (o como consecuencia de) <b>Parte II</b> Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo a) <b>Acidosis</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Insuficiencia respiratoria aguda</b> Debido a (o como consecuencia de) 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <b>Covid-19</b> Código CIE 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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u obra) Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 0 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (rancho o parcela) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 servicio Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 <b>22.7.4 Núm. Interior</b> <b>914</b> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <b>Fraccionamiento</b> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal <b>32000</b> 22.7.8 Localidad <b>Méjico-Lucero</b> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <b>Florido</b> 22.7.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b> 23. NOMBRE Nombre(s) <b>Tomas</b> Primer Apellido <b>Ibarra</b> Segundo Apellido <b>Agustín Melgar</b> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>212248204</b> Número de la cédula profesional 27. NOMBRE Nombre(s) <b>Alfonso</b> Primer Apellido <b>Martinez</b> Segundo Apellido <b>Ramirez</b> 28. FIRMA 29. DOMICILIO y TELÉFONO Boulevard <b>19 de Enero</b> <b>914</b> <b>Ciudad Valles</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano <b>Méjico-Lucero</b> 29.7 Código Postal <b>32000</b> 29.8 Localidad <b>Fraccionamiento</b> 29.9 Municipio o Alcaldía <b>Florido</b> 29.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b> 29.11 Teléfono <b>11310820211</b> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <b>13</b> Mes <b>08</b> Año <b>2021</b> 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <b>113108204</b> , Libro Núm. <b>1</b> 31.1 Acta Núm. <b>1</b> 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <b>Florido</b> 32.2 Municipio o Alcaldía <b>Florido</b> 32.3 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b> 32.4 Día <b>13</b> Mes <b>08</b> Año <b>2021</b> 33. INSTRUCCIONES AL UNIDAD MÉDICA ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 <sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL FALLECIDO(A)	
---	--

**212248204**