



41058512165
1M19850R

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
EFUJO

FOLIO

212248205

212248205

*SILA DEFUNCION NO FUO CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION. LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Y NO SE PODRAN DIVULGAR SIN CONSENTIMIENTO PREVIO Y ESCRITO DEL DIFUNTO. 2

DE SOJUOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS FAMILIARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL (LA) FALLECIDO(A)		Edgar Omar	Gonzalez	Hernandez				
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
22/11/1985	Día Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD					
GIOHHE1815101121HISPINR01018		Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique				
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):	9. ESTADO CONYUGAL				
				Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5		
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1		
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda						
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.2 Nombre de la vivienda						
225		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano						
179191610		10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía						
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:						
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	12. OCUPACIÓN HABITUAL				
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
IMSS <input 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	4105851216541114500		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica						
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda						
914		15.2 Nombre de la vivienda						
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano						
179101010		15.6 Nombre del asentamiento humano						
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía			15.10 Entidad federativa		
13082021	01324	Ciudad Valles	Ciudad Valles			San Luis Potosí		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año	Horas Minutos	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99					Sí <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: paro cardíaco, asfixia, etc.)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
PARTE I		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)					48 hrs	
Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente		b) Síndrome inflamatorio multi sistémico causado en Covid-19 Debido a (o como consecuencia de)					48 hrs	
Causas antecedentes		c) Neumonía debida a otros virus Debido a (o como consecuencia de)					8 días	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		d) Covid-19					10 días	
PARTE II							Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morbosos que la produjeron								
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Anote el número de la muerte		
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	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
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		Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 99		Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		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	Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)			
Suicidio <input type="radio"/> 3	Suicidio <input type="radio"/> 3		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4		
				Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8		
				Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 99		
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		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa		
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.11 Teléfono		22.7.12 Entidad federativa		
23. NOMBRE		23.1 Nombre(s)		23.2 Primer Apellido		23.3 Segundo Apellido		
Jesús		Gonzalez		Hernandez		Hernandez		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3		2146684 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE		27.1 Nombre(s)		27.2 Primer Apellido		28. FIRMA		
Alfonso		Martinez		Romirez		F. Hernandez		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		
Bulevard		914		Ciudad Valles		914		
29.5 Nombre del asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		
Ciudad Valles		Ciudad Valles		179101010		Ciudad Valles		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Entidad federativa		
29.12 Acta Núm.		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		30.1 Día		30.2 Mes		
		31.1 Acta Núm.		30.3 Año				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		
Número, Libro Núm.		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		
31.1 Acta Núm.		32.4 Entidad federativa		32.5 Año				

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA