

39927621571  
SM1976PESECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212248206

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 ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

|   |  |   |   |   |   |   |   |  |  |                            |
|---|--|---|---|---|---|---|---|--|--|----------------------------|
| C-3<br>25<br>MED<br>INT<br>DEL FALLECIDO  | 1. NOMBRE DEL(FE LA)<br>FALLECIDO(A)   | Tomás Iván Tovar  | Primer Apellido   | Gutiérrez   |   |   |   |  |  |                            |
|   | 2. FECHA DE NACIMIENTO   | 10/01/1976  | 3. SEXO   | Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>                        |   |   |   |  |  |                            |
|   | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO   | Distrito Federal  |   |   |   |   |   |  |  |                            |
|   | 5. CURP  | TOGET760105HDFNTM04   |   |   |   |   |   |  |  |                            |
|   | 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?  | Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>       | 7. NACIONALIDAD   | Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>   |   |   |   |  |  |                            |
|   | 8. EDAD  | Para menores de una hora<br>CUMPLIDA  | Para menores de un día<br>Minutos   | Para menores de un mes<br>Horas   | Para menores de un año<br>Días  | Para personas de un año o más<br>Meses  | 10.4.5 Se ignora <input type="checkbox"/>   |  |  |                            |
|   | 9. ESTADO CONYUGAL   | Separado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input checked="" type="checkbox"/>                     | Vludo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>                          | Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>                |   |   |   |  |  |                            |
|   | 10. RESIDENCIA HABITUAL  | Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)   |   |   | Adolfo López Mateos   |   |   |  |  |                            |
|   | 10.1 Núm. Exterior   | 605   | 10.2 Nombre de la vialidad  | Colonia   |   |   |   |  |  |                            |
|   | 10.4 Núm. Interior   |   | 10.5 Tipo de asentamiento humano  | Ciudad Valles   |   |   |   |  |  |                            |
| 10.7 Código Postal  | 79101101   | 10.8 Localidad  | 10.9 Municipio o Alcaldía   |   |   |   |   |  |  |                            |
| 11. ESCOLARIDAD   | Ninguna <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/>  | Preescolar <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/>                         | Primaria <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>                               | Secundaria <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>  | 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL  | Pensionado  |  |  |                            |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD   | Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/>  | ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/>  | SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/>                                    | Seg. Popular / INSABI <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/>  | Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>  | 13.1 Número de seguridad social o afiliación  | 3992762157 - SM1976PE   |  |  |                            |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN  | Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> | Unidad médica privada <input type="checkbox"/>  | Hospital General de Zona #6   | vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/>   | Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>  |   |   |  |  |                            |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN  | Boulevard 914  | 15.1 Tipo de vialidad   | Fraccionamiento   | 15.2 Nombre de la vialidad  | Méjico Laredo   |   |   |  |  |                            |
| 15.3 Núm. Exterior  | 15.4 Núm. Interior   | 15.5 Tipo de asentamiento humano  | 15.6 Nombre del asentamiento humano   | 19 de Enero   |   |   |   |  |  |                            |
| 15.7 Código Postal  | 79101010   | 15.8 Localidad  | 15.9 Municipio o Alcaldía   | San Luis Potosí   |   |   |   |  |  |                            |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN  | 13 08 2021   | 16.1 Dia  | 12 55   | 16.2 Mes  | 16.3 Año  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?                            | Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?                          | Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |                            |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN  | (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)                              |   |   |   |   |   |   |  |  |                            |
| PARTE I   |  | a) Insuficiencia respiratoria aguda<br>Debido a (o como consecuencia de)                                    |   |   |   |   |   |  |  |                            |
| Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente  |  |   |   |   |   |   |   |  |  |                            |
| b) COVID-19<br>Debido a (o como consecuencia de)  |  |   |   |   |   |   |   |  |  |                            |
| c) Enfermedad renal crónica etapa 5<br>Debido a (o como consecuencia de)  |  |   |   |   |   |   |   |  |  |                            |
| d)  |  |   |   |   |   |   |   |  |  |                            |
| PARTE II  |  | e) Diabetes Mellitus no especificada<br>Hipersensibilidad a la insulina<br>Hipertensión esencial (primaria) |   |   |   |   |   |  |  |                            |
| 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   | 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:   | El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puero <input type="checkbox"/>    | 21.2.1 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?         | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  | 21.3.1 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN   | Uso exclusivo del personal codificador<br>Código CIE |  |                            |
| 43 días a 11 meses después del parto o aborto   | 44   | No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>                   | 21.2.2 Sitio donde ocurrió la lesión  | Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> Escuela u oficina <input type="checkbox"/> | Área industrial <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> | Granja <input type="checkbox"/> Rancho o parcela <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)                          |  |  |                            |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE   | 22.1 Fué un presunto accidente o homicidio o suicidio  | 22.2.1 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?   | 22.2.2 Sitio donde ocurrió la lesión  | 22.3.1 Sitio donde ocurrió la lesión  | 22.3.2 Sitio donde ocurrió la lesión  | 22.4.1 Sitio donde ocurrió la lesión  | 22.4.2 Sitio donde ocurrió la lesión  | Uso exclusivo del personal codificador<br>Código CIE |  |                            |
| 22.3.1 Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>   | 22.3.2 Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>                             | 22.3.3 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>           | 22.3.4 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> | 22.3.5 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>                                   | 22.3.6 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>   | 22.3.7 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>       | 22.3.8 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>     |  |  |                            |
| 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 |
| 22.8 MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS   | 22.9.1 Domicilio y Teléfono  | 22.9.2 Nombre de la vialidad  | 22.9.3 Núm. Exterior  | 22.9.4 Núm. Interior  | 22.9.5 Tipo de asentamiento humano  | 22.9.6 Nombre del asentamiento humano   | 22.9.7 Código Postal  | 22.9.8 Localidad                                     | 22.9.9 Municipio o Alcaldía  | 22.9.10 Entidad federativa |
| 23. NOMBRE  | Veronica Andrade   | Mendoza   | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)  | Esposa  |   |   |   |  |  |                            |
| 25. CERTIFICADA POR   | Médico tratante <input type="checkbox"/> Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/>                         | Médico legista <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/>                            | Otro médico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>                                | *Especifique  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO  | 1617882   |   |  |  |                            |
| 27. NOMBRE  | Edmundo Blasquez Diaz  | 28. FIRMA   | Número de la cédula profesional   |   |   |   |   |  |  |                            |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO  | Méjico Laredo 914  | 29.7 Código Postal  | 29.8 Localidad  | 29.9 Municipio o Alcaldía   | 29.11 Teléfono  | 29.12 Entidad federativa  |   |  |  |                            |
| 29.1 Tipo de vialidad   | 29.2 Nombre de la vialidad   | 29.3 Núm. Exterior  | 29.4 Núm. Interior  | 29.5 Tipo de asentamiento humano  | 29.6 Nombre del asentamiento humano   |   |   |  |  |                            |
| 19 de Enero   | 7910101  | Ciudad Valles   | San Luis Potosí   | Fraccionamiento   | 29.13 Acta Núm.   |   |   |  |  |                            |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO   | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO  | 32.1 Localidad  | 32.2 Municipio o Alcaldía   | 32.3 Entidad federativa   | 32.4 Dia  | 32.5 Mes  | 32.6 Año  |  |  |                            |
| Núm. _____, Libro Núm. _____  | 32.4 Dia   | 32.5 Mes  | 32.6 Año  | 32.7.1 Acta Núm.  | 32.7.2 Municipio o Alcaldía   | 32.7.3 Entidad federativa   | 32.7.4 Dia  | 32.7.5 Mes   | 32.7.6 Año   |                            |
| 31.1 Acta Núm.  | 32.7.1 Dia   | 32.7.2 Mes  | 32.7.3 Año  | 32.8.1 Acta Núm.  | 32.8.2 Municipio o Alcaldía   | 32.8.3 Entidad federativa   | 32.8.4 Dia  | 32.8.5 Mes   | 32.8.6 Año   |                            |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MOSTRAR EN EL SECTOR SALUD.

212248206