



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212248246

*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

212248246

| | |
|---|--|
| DEL FALLECIDO | |
| 1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Praxedis</u> Primer Apellido <u>Torres</u> Segundo Apellido <u>Izaguerra</u> | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>1942</u> | |
| 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u> | |
| 5. CURP <u>T101P421071211HISPRISIR104</u> | |
| 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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: <u>079</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> | |
| 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Deportiva</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Deportiva</u> | |
| 10.3 Núm. Exterior <u>179131101</u> 10.4 Núm. Interior <u>Minas Viejas</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>El Naranjo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> | |
| 10.7 Código Postal <u>67100</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación <u>41804100035 M1941P</u> | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Zona 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Deportiva</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Deportiva</u> 15.3 Núm. Exterior <u>179131101</u> 15.4 Núm. Interior <u>Minas Viejas</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>El Naranjo</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> | |
| 15.7 Código Postal <u>67100</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>14</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>56</u> | |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>2 días</u> b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>2 días</u> c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>2 días</u> d) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>2 días</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo | |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U09.0</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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 Añote 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 _____ | |
| DEL INF. | |
| 23. NOMBRE Nombre(s) <u>Amparo</u> Primer Apellido <u>Paz</u> Segundo Apellido <u>Pardo</u> | |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Concubina</u> | |
| 25. CERTIFICADA POR Médico legista <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____ | |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>5756681</u> | |
| 27. NOMBRE Nombre(s) <u>Thelma Ruth</u> Primer Apellido <u>Ramirez</u> Segundo Apellido <u>Cole</u> | |
| 28. FIRMA <u>[Firma]</u> | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Boulevard</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Merced Loredo</u> 29.3 Núm. Exterior <u>914</u> 29.4 Núm. Interior <u>Fraccionamiento</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u> 29.7 Código Postal <u>67100</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono _____ | |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>14</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> | |
| DEL REG. CIVIL | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____ | |
| 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____ | |

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