

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212248247

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA PERSONA QUE CERTIFICA PUEDE RECOMENDARLO, CERTIFICA LA EXPEDICIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES 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 PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Jacobo		Espron	Lara	
	Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP		
201010811929 Día Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09	San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		10101729081200HISIPRICIO11 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 09	
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	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 En específico
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 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Calle 100 10.1 Tipo de vialidad		Ponciano Arriaga 10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Número del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	10.7 Código Postal Minas Viejas	
10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	11.1. La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1. La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	12. Ocupación habitual Cajero 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 Otra <input type="radio"/> 8 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	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Zona 6 Cd Valles	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15.1 Número del asentamiento humano 914	15.2 Nombre de la vialidad Fraccionamiento
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o Alcaldía	15.6 Nombre del asentamiento humano Méjico Laredo	15.7 Código Postal 11910000	15.10 Entidad federativa San Luis Potosí
15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	16. FECHAS Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15 08 2021 10 11 20 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)	b) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)	c) Debido a (o como consecuencia de)	d) Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 minutos	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica				6 días	
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 30 años		
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	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 Se ignora <input type="radio"/> 99	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
22.1 Fue un presunto accidente o violenta, especifique Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (Calle o carretera (vía pública)) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 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 Berenice	Primer Apellido Díaz	Segundo Apellido Vazquez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sobrina <input type="radio"/> 1			
Nombre(s)						
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 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otra <input type="radio"/> 6	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1777285 Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE Julio César	Primer Apellido Cortés	Segundo Apellido Martínez	28. FIRMA A			
Nombre(s)						
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard	Méjico Laredo	914	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Número del asentamiento humano 19 de Enero	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	29.12 Día	29.13 Mes	
29.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles	29.10 Entidad federativa San Luis Potosí	29.11 Teléfono 111132221111	29.12 Día 11	29.13 Mes 08	29.14 Año 2021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año				
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año	
DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL F. INF.	DEL CERTIFICANTE	DEL REG. CIVIL		

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