



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212248248

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Magda Olivia Zumaya Gonzalez						
2. FECHA DE NACIMIENTO 11/10/31/1968	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí				
5. CURP 121061M68103114MISD1MIN61013	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐				
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: 0153 Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anota el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Avenida Juárez 10.1 Tipo de vivienda: 179 10.2 Nombre de la vivienda: De San José 10.3 Num. Exterior: 1719191610 10.4 Num. Interior: Tamamunchale 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tamamunchale 10.6 Localidad: Tamamunchale 10.7 Código Postal: 719191610 10.8 Localidad: Tamamunchale 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí						
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☒ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐			12. OCUPACIÓN HABITUAL Maestra 12.1 Trabajaba: Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐ IMSS BIENESTAR ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐			13.1 Número de seguridad social o afiliación: 414620219161017			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: HGZOG Cd. Vallarta 218 INS 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 142			14.3 Tipo de establecimiento: 14 14.4 Nombre de la unidad médica: 14 14.5 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 14			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 914 15.2 Nombre de la vivienda: Fraccionamiento 15.3 Num. Exterior: 719101010 15.4 Num. Interior: Ciudad Vallarta 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Vallarta 15.6 Localidad: Ciudad Vallarta 15.7 Código Postal: 719101010 15.8 Localidad: Ciudad Vallarta 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí			15.11 Tipo de establecimiento: 15 15.12 Nombre de la unidad médica: 15 15.13 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 15			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15/08/2021 10:14			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evita señalar causas de muerte, emergias para certificar, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente 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) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Diabetes Mellitus 2 con obesidad Obesidad mórbida			20. Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 18 hrs 4 días 8 años 22 años		21. Uso exclusivo del personal codificador Código CIE: 10 10 10 10	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒			21.2 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 10 10 10 10
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 ¿Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 10 10 10 10		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 10 10 10 10	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 10 10 10 10			22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 10 10 10 10		22.8 Anote el tipo de vivienda: 10 10 10 10	
22.9 Anote el nombre de la vivienda: 10 10 10 10			22.10 Anote el tipo de establecimiento: 10 10 10 10		22.11 Anote el nombre de la unidad médica: 10 10 10 10	

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.