Modelo 2017.1

FOLIO 212248253

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Guillermo (Nombre(s)) Palomares (Primer Apellido) Tejeda (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 10 Mes 9 Año 1956

3. SEXO Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Nuevo León (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP PATG561009HNLLTL09

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD Mexicana ● 1 Otra ○ 2 → Especifique Se ignora ○ 9

25 HED INT

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) 064 Se ignora ○ 9

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) ○ 6 Viudo(a) ○ 2 Casado(a) ● 5 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)

10.1 Tipo de vialidad: Calle 10.2 Nombre de la vialidad: Santa Clara

10.3 Núm. Exterior: 203 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 10.6 Nombre del asentamiento humano: Bellavista

10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: Ciudad Valles 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria ● 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato o preparatoria ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ● 1 Incompleta ○ 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar Se ignora ○ 99

12.1 Trabajaba Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seg. Popular / INSABI ○ 7 Otra ○ 8 IMSS ● 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS BIENESTAR ○ 10 Se ignora ○ 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: 41775070137 1411756028

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○ 1 IMSS ● 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 IMSS BIENESTAR ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Unidad médica privada ○ 9 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99

14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Universitario

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad: Boulevard 15.2 Nombre de la vialidad: Manuel Ávila Camacho

15.3 Núm. Exterior: 904 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento 15.6 Nombre del asentamiento humano: Tierra Blanca

15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 15 Mes 08 Año 2021 Horas 17 Minutos 36

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 No ● 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) COVID 19 — 3 días

Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

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

Hipertensión Arterial

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ 1 El parto ○ 2 El puerperio ○ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

Uso exclusivo del personal codificador

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 Área deportiva ○ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Escuela u oficina pública ○ 2 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

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

DEL INF.

23. NOMBRE Juan Carlos (Nombre(s)) Palomares (Primer Apellido) Hernández (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico* ● 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil* ○ 5 Otro* ○ 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 5056081

27. NOMBRE Nombre(s): Pablo Primer Apellido: Cruz Segundo Apellido: Cruz

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO

29.1 Tipo de vialidad: Boulevard 29.2 Nombre de la vialidad: Manuel Ávila Camacho 29.3 Núm. Exterior: 904 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento

29.6 Nombre del asentamiento humano: Tierra Blanca 29.7 Código Postal: 79614 29.8 Localidad: Ciudad Valles

29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 15 Mes 08 Año 2021

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 INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

212248253

Versión pública
Versión gratuita