SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212248273

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA HOJA DE DEFUNCIÓN A LA JURISDICCIÓN SANITARIA 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A): Nombre(s): Ma Teresa; Primer Apellido: Izaguirre; Segundo Apellido: Garcia

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 13 Mes 10 Año 1957

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

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

5. CURP: IAGT570103NLZRRL01 Se ignora ○99

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

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

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 063 Años cumplidos; 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: 2 de enero
- 10.3 Núm. Exterior: 2
- 10.4 Núm. Interior:
- 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
- 10.6 Nombre del asentamiento humano: Cuauhtemoc
- 10.7 Código Postal: 79040
- 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: Comerciante; 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: 04082150039

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 General Zona 6
- 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 Ferrera
- 15.3 Núm. Exterior: 914
- 15.4 Núm. Interior:
- 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
- 15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
- 15.7 Código Postal: 79010
- 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 16 Mes 02 Año 2021 Horas 18 Minutos 30

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) Insuficiencia Respiratoria Aguda	13 días	J960
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Sindrome inflamatorio multisistemico asociado a covid 19	13 días	U109
	c) Covid 19	2 días	U071
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Insuficiencia Renal no especificada	2 días	N179

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: U071

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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 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: Nombre(s): Jorge Miguel; Primer Apellido: Izaguirre; Segundo Apellido: Garcia

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: 6173886

27. NOMBRE: Nombre(s): Eduardo; Primer Apellido: Hernandez; Segundo Apellido: Diaz

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
- 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard
- 29.2 Nombre de la vialidad: Nuevo Leonés
- 29.3 Núm. Exterior: 914
- 29.4 Núm. Interior:
- 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
- 29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
- 29.7 Código Postal: 79010
- 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 16 Mes 02 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

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

212248273

25 MED INT

Versión gratuita