



## SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212248364

**2122483642 122483612 122483642 122483642 122483642 2122483642**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Francisco	Nombre(s)	Olvera	Primer Apellido	Silva	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO Día 11 Mes 05 Año 1940		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO JUAREZ		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP 00310519400111R05		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Se ignora <input type="radio"/> 09 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 Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 09
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"/> 06 En unión libre <input type="radio"/> 04 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Carretera Adolfo Lopez Mateos</u>						
10.3 Núm. Exterior 799100		10.4 Núm. Interior Xilitla	10.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla	10.6 Nombre del asentamiento humano Xilitla		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 11.1 La escolaridad seleccionada es: Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02 12. OCUPACIÓN HABITUAL Profesional <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09						
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seg. Popular / INSABI <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09						
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 08 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Carretera Adolfo Lopez Mateos</u>						
15.3 Núm. Exterior 799100		15.4 Núm. Interior Xilitla	15.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla	15.6 Nombre del asentamiento humano Xilitla		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12 31 08 2021 12 21 30						
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
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						
a)	Distres respiratorio					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 días
b)	Neumonia Atípica					4 días
c)	SARS COV2					4 días
d)						001
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo						
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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05						
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Uso exclusivo del personal codificador		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09						
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02		Área industrial <input type="radio"/> 06 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05		
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						

DEI FAILE CIDE

DE LA DEFUNCIÓN

**AVERTENCIA: EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA  
NACIONAL DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 15 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS DIFERENTES ÓRGANOS Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS DIFERENTES ÓRGANOS.

12 copia LOS MUERTES ACCIDENTALES