



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

212248390

***SILA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUSJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212218390

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A)	PRIMER APELLIDO Nombre(s)	TRINIDAD Primer Apellido	MÉJICO Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO 2 3 0 3 1 9 6 0 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP T I M P 6 0 0 3 2 3 M S P R D D 0 7 7	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	Se ignora <input type="radio"/> 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 Años cumplidos		
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	Casado(a) <input type="radio"/> 5 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Calle Octavio Rivera Fornaldez	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad			
Barrio 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 7 9 9 6 0	Tamazunchale	Tamazunchale	San Juan			
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí			
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 6	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Al Hogar	Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9
Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	SEDENA <input type="radio"/> 5	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2	IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Hospital Comunitario Tamazunchale Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica S P I S S A 0 0 1 7 0 3	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle	Carretera	San Martín km 6.5	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad		
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior _____	Ejido	La Pitahaya	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.7 Código Postal	La Pitahaya	Tamazunchale	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		
15.10 Entidad federativa San Luis Potosí						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1 0 0 8 2 0 2 1 2 2 1 6	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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	a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 horas		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Caso Confirmado de Covid-19 Debido a (o como consecuencia de)			3 días		
	c) Neumonía Adquirida en la Comunidad Debido a (o como consecuencia de)			3 días		
	d) Diabetes Mellitus tipo Dos Hipertensión Arterial Sistémica			30 años		
				811		
				10 años		
				I10		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos 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"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificado 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.4 Número de la muerte						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	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 industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		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 Olga Lilia	Primer Apellido Ángeles	Segundo Apellido Trinidad	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11374609 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Rosa Elvira	Primer Apellido Lara Prezas	Segundo Apellido	28. FIRMA <i>[Firma]</i>			
29. DOMICILIO y TELÉFONO carretera	29.1 Tipo de vialidad La Pitahaya	29.2 Nombre de la vialidad San Martín km 6.5	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior _____	29.5 Tipo de asentamiento humano		
29.6 Nombre del asentamiento humano Tamazunchale	29.7 Código Postal	29.8 Localidad San Luis Potosí	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 1 0 0 8 2 0 2 1		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa			Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año			
DEL REG. CIVIL						

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