SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO 212248523

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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): EUGENIA — Primer Apellido: CAZAREZ — Segundo Apellido: MARTINEZ

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 24 Mes 05 Año 1930

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

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP CAME300524MSPZRG04 Se ignora ○99

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

7. NACIONALIDAD Mexicana ⊗1 Otra ○2 → 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): 91 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: CAMINO REAL
10.3 Núm. Exterior: S/N — 10.4 Núm. Interior — 10.5 Tipo de asentamiento humano — 10.6 Nombre del asentamiento humano
10.7 Código Postal: 79900 — 10.8 Localidad: LA LOMA — 10.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

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

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 BASICO COMUNITARIO XILITLA
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA017144

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CARRETERA FEDERAL 120 — 15.2 Nombre de la vialidad: SAN JUAN DEL RIO-XILITLA.
15.3 Núm. Exterior: Km 259.2 — 15.4 Núm. Interior — 15.5 Tipo de asentamiento humano — 15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal: 79900 — 15.8 Localidad: SAN ANTONIO XALCAYOLI — 15.9 Municipio o Alcaldía — 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 26 Mes 08 Año 2021 Horas 15 Minutos 12

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) DISTRESS RESPIRATORIO	4 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) NEUMONIA ATIPICA.	10 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) SARS COV 2 POSITIVO	15 días	
	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			

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
Nombre(s): VIRGINIA — Primer Apellido: JOSE — Segundo Apellido: CAZAREZ

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

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: 9701311

27. NOMBRE
Nombre(s): REBECA — Primer Apellido: PIÑEIRO — Segundo Apellido: CRUZ.

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA FEDERAL 120 — 29.2 Nombre de la vialidad: SAN JUAN DEL RIO - XILITLA. — 29.3 Núm. Exterior: Km 259.2 — 29.4 Núm. Interior — 29.5 Tipo de asentamiento humano
29.6 Nombre del asentamiento humano — 29.7 Código Postal: 79900 — 29.8 Localidad: SAN ANTONIO XALCAYOLI
29.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA — 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI — 29.11 Teléfono: 4891112745

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 26 Mes 08 Año 2021

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 03, Libro Núm. 05
31.1 Acta Núm. 00028

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: AHUACATCÁN
32.2 Municipio o Alcaldía: XILITLA — 32.3 Entidad federativa: S.L.P — 32.4 Día Mes Año: 30 08 2021

212248523

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD