



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212249926

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

212249926

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A) <u>Guadalupe Cruz de la Cruz</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>11/12/1971</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Veracruz</u>	
5. CURP Se ignora <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día 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 <u>049</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Avenida Hidalgo</u>	
10.1 Tipo de vivienda <u>Edificio</u>	
10.2 Nombre de la vivienda <u>Edificio Turpaoch</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>179131214</u>	
10.4 Núm. Interior <u>514</u>	
10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamuin</u>	
10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
10.7 Código Postal <u>791010</u>	
10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12.2 Ocupación <u>Comerciante</u>	
12.3 Número de seguridad social o afiliación <u>1708215001</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEXEM <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Zona #6</u>	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Edificio</u>	
15.2 Nombre de la vivienda <u>Edificio 19 de Enero</u>	
15.3 Núm. Exterior <u>179101010</u>	
15.4 Núm. Interior <u>19 de Enero</u>	
15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
15.7 Código Postal <u>791010</u>	
15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <u>17/08/2021 12:35</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
a) <u>Paro cardíaco</u>	
Debido a (o como consecuencia de)	
b) <u>Choque séptico</u>	
Debido a (o como consecuencia de)	
c) <u>Asfexia debida a otros virus</u>	
Debido a (o como consecuencia de)	
d) <u>COVID-19</u>	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>33.40</u>	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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 vivienda	
22.7.2 Nombre de la vivienda	
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 DEL INF. Nombre(s) <u>Ricardo Alberto</u> Primer Apellido <u>De la Cruz</u> Segundo Apellido <u>Rodriguez</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>3340803</u>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Jose Manuel</u> Primer Apellido <u>Mendez</u> Segundo Apellido <u>Rodriguez</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Edificio</u>	
29.2 Nombre de la vivienda <u>Edificio 19 de Enero</u>	
29.3 Núm. Exterior <u>179101010</u>	
29.4 Núm. Interior <u>19 de Enero</u>	
29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
29.7 Código Postal <u>791010</u>	
29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>17/08/2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>179101010</u> Libro Núm. <u>19 de Enero</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
32.4 Día Mes Año <u>17/08/2021</u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL ESTADO