



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO
212249928

*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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212249928

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO (A)	Elena	Salas	Hernández
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	
DE LA DEFUNCIÓN		2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	12 08 1946	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
					San Luis Potosí
DE LA DEFUNCIÓN		5. CURP SAHE460812MSPRL01	Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Especifique
					Se ignora <input type="checkbox"/>
DE LA DEFUNCIÓN		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más	Minutos Horas Días Meses Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
DE LA DEFUNCIÓN		10.3 Núm. Exterior 7912010	10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía	10.1 Tipo de viabilidad 10.2 Nombre de la viabilidad Las Norias	10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí
DE LA DEFUNCIÓN		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Ana de casa	12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
DE LA DEFUNCIÓN		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación 4964411199 - 6F1946PE	13.2 Nombre de la viabilidad Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Oro lugar <input type="checkbox"/> 12	
DE LA DEFUNCIÓN		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 Otra unidad pública <input type="checkbox"/>	14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Zona #6	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	14.3 Nombre de la viabilidad Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Oro lugar <input type="checkbox"/> 12
DE LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 Boulevard Fraccionamiento Ciudad Valles	15.1 Tipo de viabilidad 15.2 Nombre de la viabilidad 19 de Enero	15.3 Núm. Exterior 7910000	15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles
DE LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 18 08 2021 09 15	16.1 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	16.2 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	16.3 Nombre del asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa
DE LA DEFUNCIÓN		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: para cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	19.1 a) Paro cardíaco Debido a (o como consecuencia de)	19.2 b) Paro respiratorio Debido a (o como consecuencia de)	19.3 c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)
DE LA DEFUNCIÓN		19.4 d) Neumonía debida a otros virus Debido a (o como consecuencia de)	19.5 Diabetes mellitus Hiperpresión esencial (primaria)	19.6 15 min 19.7 15 min 19.8 11 días 19.9 30 años 19.10 30 años	19.11 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 19.12 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
DE LA DEFUNCIÓN		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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 Elpuerio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	21.2 a) Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	21.3 b) Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	21.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
DE LA DEFUNCIÓN		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Área deportiva (calle o carretera (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 3 Granja (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Vía pública <input type="checkbox"/> 4 Otra <input type="checkbox"/> 8	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella fallecido(a)
DE LA DEFUNCIÓN		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	22.7.1 Tipo de viabilidad 22.7.2 Nombre de la viabilidad 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	
DE LA DEFUNCIÓN		23. NOMBRE Magali	Muñoz	Salas	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija
DEL CERTIFICANTE		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3340803	Número de la cédula profesional	
DEL CERTIFICANTE		27. NOMBRE José Manuel	Nández	Rodríguez	28. FIRMA
DEL REGISTRO CIVIL		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard 19 de Enero Ciudad Valles	México Lارдо 29.1 Tipo de viabilidad 29.2 Nombre de la viabilidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 18082021 Día Mes Año	
DEL REGISTRO CIVIL		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año		

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