



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

2122499292
2122499292122499292122499292122499292

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

2122499292

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		Nombre(s) Maria Fernandez		Primer Apellido Esguivel	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día 18	mes 12	Año 1935	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad/federativa o país (si nació en el extranjero) 02 Coahuila		
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
LEEFMIS151208MGRSR1912		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	
8. EDAD		Para menores cumplida de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	
		Minutos	Horas	Días	Meses	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad			
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		Calle 213	Casa			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
791060	10	Ciudad Valles	Ciudad Valles			
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
10.9 Ciudad Valles	10.10 San Luis Potosí					
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación				
Ninguna <input 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"/>	
IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	9167371030 (F935PF)	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/>		
Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	Hospital General de Zona #06	Unidad médica privada <input type="radio"/>	
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad			
914	Fraccionamiento	Méjico	19 de Enero			
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano			
741000	00	Ciudad Valles	Ciudad Valles			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
15.8 Ciudad Valles	15.9 San Luis Potosí	15.10 San Luis Potosí				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día 18	Mes 08	Año 2021	Horas 10	Minutos 05	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
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				
PARTE I		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Iniciativa Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)	48 hs J960			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Síntesis de angustia, infarto agudo de miocardio con falla cardiaca Debido a (o como consecuencia de)	4 días R651			
		c) Covid - 19 Debido a (o como consecuencia de)	U071			
		d) Iniciativa Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	-		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>				
43 días a 11 meses	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>					
después del parto o aborto <input type="radio"/>	45					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/>	22.4.1 Área industrial (taller, fábrica u obra)		
Accidente <input type="radio"/>		Vivienda colectiva <input type="radio"/>	Granja <input type="radio"/>	22.4.2 Calle o carretera (vía pública)		
Homicidio <input type="radio"/>		(asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	(rancho o parcela) <input type="radio"/>	22.4.3 Otro		
Suicidio <input type="radio"/>		Escuela u oficina <input type="radio"/>	Área comercial o de servicios <input type="radio"/>	22.4.4 Se ignora <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 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			
22.7.8 Ciudad Valles	22.7.9 Ciudad Valles	22.7.10 San Luis Potosí				
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s) Maria Guadalupe Gómez	Primer Apellido Fernandez	Segundo Apellido				
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/>				
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>				
27. NOMBRE		*Especifique				
Nombre(s) Jorge Estuardo Harriet						
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		28. FIRMA				
Boulevard Mexico - Laredo	914					
19 de Enero	741000					
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día 18	Mes 08	Año 2021	
29.9 Ciudad Valles	29.10 San Luis Potosí	29.11 914				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm., Libro Núm.	32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año	

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