

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO

212249931

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION. LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Cecilio Martinez Gonzalez		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
2. FECHA DE NACIMIENTO 22/11/1982		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIENIA? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐	
5. CURP MIAIGC18111121HISPINBIC1016		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para mayores de una hora: 38 años ☒ Para menores de 28 días anota: 8.1 día del Certificado de Nacimiento		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ No ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a): Calle 1000, Colonia San Luis Potosí, Ciudad Valles		11. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ No ignora ☐	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ La escolaridad antecedente es: 11.1		12. OCUPACION HABITUAL 12.1 Ocupación: 12.2	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4101720193-111195201	
14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: Unidad Médica General	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION 15.1 Tipo de vivienda: 15.2		15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa: 15.11	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día: 19 Mes: 08 Año: 2021 Horas: 10 Minutos: 02		17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplos: paro cardíaco, atenia, etc.)	

DE LA DEFUNCION

19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplos: paro cardíaco, atenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
a) Choque cardiogenico		6.100		I21.9	
b) Infarto Agudo del Miocardio		4.100		I21.9	
c) Covid-19		U07.1		U07.1	
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 DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.5 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a)	
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		22.8 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a)	
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		22.7.11		22.7.12	

DEL CERTIFICANTE

23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombres: Sebastián Primer Apellido: Gonzalez Segundo Apellido: Ramos		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Esposo	
25. CERTIFICADA POR Medico tratante ☐ Medico registr ☒ Otro medico ☐ Personal autorizado por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: 115974924		26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO Número de la cédula profesional: 115974924	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombres: Sebastián Primer Apellido: Gonzalez Segundo Apellido: Ramos		28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO Y TELEFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 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: 29.12		30. FECHA DE CERTIFICACION Día: 19 Mes: 08 Año: 2021	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 31.1 Libro Núm. 31.2 Año Núm. 31.3		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año: 32.7	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MEDICA QUE CERTIFICO LA DEFUNCION DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA