



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

F

212249936

212 E 72nd Street
New York, N.Y. 10021

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Jorge Alvaro	Garcia	Zavala			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	10/19/61	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
Día Mes Año		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Mexico Federal			
5. CURP	GARZAVS061019140FRNVRU02	6. UHABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input 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	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	Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/>
Para menores de 28 días:						
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/>	
				En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Calle	Avenida	10.1 Tipo de vialidad	Av. Madero	
10.3 Núm. Exterior	113	10.4 Núm. Interior	Burgo	10.2 Nombre de la vialidad	San Rafael	
10.7 Código Postal	74190	10.8 Localidad	Tamazunchale	10.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES)				
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 0 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	15.1 Número de la vialidad	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12				
15.3 Núm. Exterior	914	15.4 Núm. Interior	Fresnillo	15.5 Tipo de asentamiento humano	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15.7 Código Postal	74000	15.8 Localidad	Ciudad Valles	15.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	20/08/2021	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
Día Mes Año		15.9 Municipio o Alcaldía		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		15.10 Entidad federativa		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
PARTE I						
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Síndrome de Respiratory Infectious u sistémica en la aguja	24 hrs				
	Debido a (o como consecuencia de)					
Causas antecedentes	b) Neumonia Asociada a Ventilador	5 dias				
Estados morbosos, si existiera alguna que produjera la causa consignada arriba mencionándolas en el último lugar la causa	c) Covid-19	14 dias				
	Debido a (o como consecuencia de)					
d) Insuficiencia Respiratoria Aguda						
PARTE II						
Citros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbo que la produjo						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 Las causas anotadas como complicaciones propias del embarazo, parte o puerperio?	21.3 Las causas anotadas como complicación el embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3						
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				
22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
22.1 Fue un presunto	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)				
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (estilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (rancho o parcela)				
	Espacio u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (otro)				
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8				
		Se ignora <input type="radio"/> 9				
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	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 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			
23. NOMBRE	Maria	Zavala	Otorga	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Madre <input type="radio"/> 1		
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3	26.1 Número de la cédula profesional					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8						
	*Especifique					
27. NOMBRE	Erica Adelita	Reyes	Gomez	28. FIRMA		
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Manzo - Lujano	914				
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
29.6 Nombre del asentamiento humano	74000	29.7 Código Postal	29.8 Localidad			
29.9 Municipio o Alcaldía	Ciudad Valles	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Núm. Libro Núm.	32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía					
	32.3 Entidad federativa					
	32.4 Dia	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