



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212249936

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 DE 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

212249936



DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL(A) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Jorge Alexis</u> Primer Apellido <u>García</u> Segundo Apellido <u>Zavala</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>07</u> Mes <u>06</u> Año <u>1995</u>	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Estado de México</u>	
5. CURP <u>GAZJ951006107140FRNB1012</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA 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 <u>10</u> Meses <u>26</u> Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____	
8.2 Semanas de gestación: _____	
8.3 Peso (gramos): _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Andador 13 de Mayo</u> 10.3 Núm. Exterior <u>113</u> 10.4 Núm. Interior <u>Barrio</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Andrés</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Andrés</u> 10.7 Código Postal <u>29141601</u> 10.8 Localidad <u>Tumazunchale</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Andrés</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <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 checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación <u>Empleado</u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación <u>1516453241-1</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>1516453241-1</u>	
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"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Zona #06</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1516453241-1</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>914</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>19 de Enero</u> 15.3 Núm. Exterior <u>7140001</u> 15.4 Núm. Interior <u>Ciudad Valles</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>29141601</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</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 <u>20</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>10</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfíxia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica con falla orgánica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía Asociada a Ventilador</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía Asociada a Ventilador</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo 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? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>R57.1</u>	
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"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <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"/> Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Otro <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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) 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 Añote 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>Maria</u> Primer Apellido <u>Zavala</u> Segundo Apellido <u>Ojeda</u>	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <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"/> Especifique <u>Director</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Jorge Adolfo</u> Primer Apellido <u>Herrera</u> Segundo Apellido <u>Gómez</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Barrio</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Manuel-Luis</u> 29.3 Núm. Exterior <u>914</u> 29.4 Núm. Interior <u>Fraccionamiento</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>29141601</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad Valles</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 <u>20</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u>	
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 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD