



41903700064
SF1937PE

SECRETARÍA DE SALUD SINBA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

212249944

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTE FORMULARIO A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

212249944

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Nemecia</u> Primer Apellido <u>Nieto</u> Segundo Apellido <u></u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>31</u> Mes <u>10</u> Año <u>1938</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>San Luis Potosí</u>	
DEL DEFUNTO	5. CURP <u>NTXIVD8110311MISPTXHU07</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"/> Se ignora <input type="radio"/>
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>0</u> años <u>8</u> meses <u>2</u> días Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u></u> 8.2 Semanas de gestación: <u></u> 8.3 Peso (gramos): <u></u>	
DEL DEFUNTO	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): 10.1 Tipo de vivienda: <u>Colonia</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>La Pimentita</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>71901010</u> 10.4 Núm. Interior: <u></u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u></u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u></u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <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: <u>Completa</u> 11.2 Ocupación habitual: <u>Trabajador del hogar</u> 12.1 Trabajaba: <u>Sí</u> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL DEFUNTO	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4190370006 SF1937PE</u>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <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></u> 14.3 Nombre de la unidad médica: <u>Mezcla - Varado</u> 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u></u>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Fraccionamiento</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>71901010</u> 15.4 Núm. Interior: <u></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></u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u></u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
DEL DEFUNTO	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>20</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>35</u>	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
DEL DEFUNTO	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Suspecha de Coronavirus SARS-CoV-2</u> b) <u>Diabetes Mellitus no insulino dependiente</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipertensión Esencial primaria</u> c) <u>Demencia no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Glaucoma no especificado</u> d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo: <u></u>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u>	
	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"/>	
DEL DEFUNTO	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"/> Se ignora <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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u></u>	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u>	
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u></u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u></u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u></u> 22.7.4 Núm. Interior: <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u></u> 22.7.7 Código Postal: <u></u> 22.7.8 Localidad: <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u></u> 22.7.10 Entidad federativa: <u></u>	
DEL DEFUNTO	23. NOMBRE Nombre(s) <u>Prudencia</u> Primer Apellido <u>Nieto</u> Segundo Apellido <u>Martínez</u>	
	24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hija</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></u>	
DEL DEFUNTO	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u></u>	
	27. NOMBRE Nombre(s) <u>Marco Antonio</u> Primer Apellido <u>Lozano</u> Segundo Apellido <u>Lozano</u>	
	28. FIRMA <u></u>	
DEL DEFUNTO	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Fraccionamiento</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>71901010</u> 29.4 Núm. Interior: <u></u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u></u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u></u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u></u>	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u>	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u> 31.1 Acta Núm. <u></u>	
DEL REG. CIVIL	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u></u> 32.3 Entidad federativa: <u></u> 32.4 Día: <u></u> Mes: <u></u> Año: <u></u>	

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