



4181 46 0153 4

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SINBA

Modelo 2017-1

FOLIO

212249945

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. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

212249945

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Jose Isabel</u> Primer Apellido <u>Rosales</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>05</u> Mes <u>11</u> Año <u>1946</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>			
5. CURP <u>RJSMJ1461111015MSPBRS1518</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ 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>74</u>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐				
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>Normal</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>San Luis Potosí</u>					
10.3 Núm. Exterior <u>11121216</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 10.6 Código Postal <u>64000</u> 10.7 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.8 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____					
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐ 12.2 Ocupación <u>Empleado</u>					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Seg. Popular / INSAI ☐ Otra ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>418146015335MIH015</u>					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de San Luis Potosí</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19180000</u>					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Normal</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>San Luis Potosí</u> 15.3 Núm. Exterior <u>11121216</u> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 15.6 Código Postal <u>64000</u> 15.7 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.8 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>21</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>01</u> Minutos <u>30</u>			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo <u>Hipertensión esencial (primaria)</u>			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>72100</u>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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 ☒			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>72100</u>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o caminata (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u>Amigo</u>			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 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 Nombre(s) <u>Miguel</u> Primer Apellido <u>Rosales</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>			24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique _____			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>40348411</u>		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Miguel</u> Primer Apellido <u>Rosales</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>			28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Normal</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>San Luis Potosí</u> 29.3 Núm. Exterior <u>11121216</u> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 29.6 Código Postal <u>64000</u> 29.7 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.8 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Teléfono _____			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>21</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA 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