



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212249951

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

**SI LA UNIDAD MÉDICA NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE CERTIFICARLA Y LA COPIA A LA SEÑORÍA JURIDICA
DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES**

212249951

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Humberto Gabriel Aguno Cruz Primer Apellido Segundo Apellido 2. FECHA DE NACIMIENTO 04 10 11 98 12 Dia Mes Año 3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 5. CURP AUCHI820704HSPGRM01 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Especifique 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Especifique 8. EDAD Para menores CUMPLIDA de una hora <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos 01 39 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____ 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Avonida Miguel Hidalgo y Costilla 10.1 Tipo de vialidad Calle 10.2 Nombre de la vialidad Nuevo Ahuacatilla 10.3 Núm. Exterior 17912126 10.4 Núm. Interior Nuevo Ahuacatilla 10.5 Tipo de asentamiento humano Tamún 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 78100 10.8 Localidad Tamún 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2 11.1 La escolaridad seleccionada es: Obrero <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 12. OCUPACIÓN HABITUAL Obrero <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación 09998161081M18810R 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Hospital General Zona 6 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Zona 6 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Fraccionamiento 914 15.1 Tipo de vialidad Calle 15.2 Nombre de la vialidad Fraccionamiento 19 de Enero 15.3 Núm. Exterior 1791010101 15.4 Núm. Interior Ciudad Valles 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 78100 15.8 Localidad Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 22082021 11 14 00 16.1 Día 22 16.2 Mes 08 16.3 Año 2021 16.4 Horas 11 16.5 Minutos 14 00 17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Inhalación respiratoria aguda. Debe a (o como consecuencia de) b) COVID-19 Debe a (o como consecuencia de) c) _____ Debe a (o como consecuencia de) d) _____ Debe a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ Uso exclusivo del personal codificador 21. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 8 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 Anote el domicilio donde ocurrió 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 2274 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 Graciela Aguno Hernández Padre 23.1 Nombre(s) Graciela 23.2 Primer Apellido Aguno 23.3 Segundo Apellido Hernández 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3 Subdirector *Especifique _____ Persona autorizada por la <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 3223981 27. NOMBRE Alan Cortes Roman 27.1 Nombre(s) Alan 27.2 Primer Apellido Cortes 27.3 Segundo Apellido Roman 28. FIRMA									
---------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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