

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

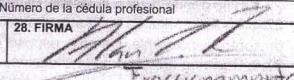
Modelo 2017.1
FOLIO

212249952

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 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

212249952

DEL ESTADO 		SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO										
		1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) Jose Jesus Ortega Primer Apellido Segundo Apellido Martinez										
		2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 25031943		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) San Luis Potosí						
		5. CURP 10EMJ43103R15HSPPRIS101X		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Especifique						
		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos										
		Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):								
		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 218 Colonia Ciudad Valles		10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad Pinos La Florida								
		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí										
		10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Tamayo										
		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seg. Popular / INSABI <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				13.1 Número de seguridad social o afiliación 41634513645M1946PE						
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Zona 6		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Méjico Largo						
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 Boulevard Fraccionamiento		15.1 Tipo de vialidad 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 19 de Enero		15.2 Nombre de la vialidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí						
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 22082021 1937		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>						
DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES MUERTES Y VIOLENTAS		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)										
		a) <i>Arribo</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Sospecha de Coronavirus SARS-CoV-2</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i>Otros + pos de hipertensión secundaria</i> Debido a (o como consecuencia de) d)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 dia 3 dias 30 años						
		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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> después del parto o aborto <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
		22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> Granja <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
		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 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal		22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa								
		23. NOMBRE Nombre(s) Irma Ortega San Juan				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija						
		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> *Especifique				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3223981 Número de la cédula profesional						
		27. NOMBRE Nombre(s) Alan Cobres Roman				28. FIRMA 						
		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard 19 de Enero 29.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles 29.7 Código Postal 79000 29.8 Localidad Méjico Largo 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí				29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano Fraccionamiento						
		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 1221082021 Día Mes Año						
		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día <input type="checkbox"/> 32.5 Mes <input type="checkbox"/> 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												