



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO
212249955

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
***SILA 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 HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.**
LOS DATOS PERSONALES ESTAN 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

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) <u>Javier Alvarado López</u></p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/03/1968</u> 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Sonora Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP <u>AALJ680310H8PLPN08</u> 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique</p> <p>8. EDAD. Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> CUMPLIDA de una hora Minutos Horas Días Meses Años cumplidos</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Miguel Hidalgo</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>SIN</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Fuerte</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazoo</u> 10.7 Código Postal <u>78170</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> <input checked="" type="radio"/> 11 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Kamikaze</u> 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>444680361 - IM174035</u></p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital General Sonora EOB 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Sonora EOB</u> Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Mexico Potosi</u></p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Boulevard 914 Fraccionamiento Ciudad Valles</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Fraccionamiento Ciudad Valles</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Municipio o Alcaldía</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.7 Código Postal <u>78100</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></p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12/30/08 20:21</u> 16.1 Día <u>12</u> 16.2 Mes <u>30</u> 16.3 Año <u>2021</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTES I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>30 min</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) <u>Síndrome obturatorio multistémico asociado con Covid-19</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>U10.1</u> c) Debido a (o como consecuencia de) <u>Covid-19</u> <u>18 días</u> <u>U071</u> d) Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus no insulinodependiente</u> <u>15 días</u> <u>E11.7</u></p> <p>PARTES II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo</p> <p>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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puérpero <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puérpero? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puérpero? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</u></p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) <u>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</u> <input type="radio"/> 2 Calle o carretera <input type="radio"/> 3 <u>(rancho o parcela)</u> <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 8 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(fallecido(a))</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa</p> <p>23. NOMBRE <u>Kurina Elizabeth Alvarado Rumiñez</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6 *Especifique Número de la cédula profesional</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1132634</u></p> <p>27. NOMBRE <u>Jorge Estuardo Mercado</u> 28. FIRMA <u>Jorge Estuardo Mercado</u></p> <p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Boulevard 19 de Febrero</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Méjico Toledo</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>78100</u> 29.3 Núm. Exterior <u>Ciudad Valles</u> 29.4 Núm. Interior <u>914</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento Ciudad Valles</u></p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.7 Código Postal <u>78100</u> 29.8 Localidad <u>Fraccionamiento Ciudad Valles</u> 29.11 Teléfono <u>78100</u> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/30/08 2021</u></p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm., Libro Núm. 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____</p> <p>31.1 Acta Núm. 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año</p> <p>ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>32.1 Localidad _____</p> <p>32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día Mes Año</p>									
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		<p>32.4 Día Mes Año</p>									
DEL INF.		<p>32.4 Día Mes Año</p>									
DEL CERTIFICANTE		<p>32.4 Día Mes Año</p>									
DEL REG. CIVIL		<p>32.4 Día Mes Año</p>									



212249955