# SECRETARÍA DE SALUD
## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212249991

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212249991

### DEL FALLECIDO

**1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)**
Nombre(s): Alma Delfina — Primer Apellido: Gaspar — Segundo Apellido: Luna

**2. FECHA DE NACIMIENTO** Día 03 Mes 11 Año 1936

**3. SEXO** Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

**4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** San Luis Potosí (24)
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

**5. CURP** GSLNAL36110324MNL010 — Se ignora ○99

**6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

**7. NACIONALIDAD** Mexicana ●1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

**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 84 Años cumplidos — Se ignora ○9

**Para menores de 28 días anote:**
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: ___ 8.2 Semanas de gestación: ___ 8.3 Peso (gramos): ___

**9. ESTADO CONYUGAL** Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ●4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

**10. RESIDENCIA HABITUAL**
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle — 10.2 Nombre de la vialidad: Juliana
10.3 Núm. Exterior: 116 — 10.4 Núm. Interior: ___
10.5 Tipo de asentamiento humano: fraccionamiento — 10.6 Nombre del asentamiento humano: El Carmen 2
10.7 Código Postal: 79069 — 10.8 Localidad: Cd. Valles — 10.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): S.L.P

**11. ESCOLARIDAD** Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ●5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ●1 Incompleta ○2

**12. OCUPACIÓN HABITUAL** Ama de casa — Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

**13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD** Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seg. Popular / INSABI ●7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS BIENESTAR ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

### DE LA DEFUNCIÓN

**14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** Secretaría de Salud ●1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS BIENESTAR ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Cd. Valles
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

**15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN**
15.1 Tipo de vialidad: Carretera — 15.2 Nombre de la vialidad: Mexico Tuxpan Km 7
15.3 Núm. Exterior: S/N — 15.4 Núm. Interior: ___
15.5 Tipo de asentamiento humano: fraccionamiento — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Lomas de Santiago
15.7 Código Postal: 79090 — 15.8 Localidad: Cd. Valles — 15.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles — 15.10 Entidad federativa: S.L.P

**16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN** Día 29 Mes 03 Año 2021 — Horas 15 Minutos 30

**17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?** Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

**18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Sí ○1 No ●2

**19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

| | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE |
|---|---|---|---|
| **PARTE I** Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | a) Sindrome de dificultad respiratoria agudo | 24 horas | |
| | Debido a (o como consecuencia de) | | |
| **Causas antecedentes** Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | b) Neumonía viral por sars cov2 confirmada | 20 días | |
| | 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 morboso que la produjo | Diabetes Mellitus 2 | 19 años | |

**21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS**
**21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:** El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5

**21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?** Sí ○1 No ○2

**21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?** Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
**20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN** Código CIE

### MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

**22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE**
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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 — 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

### DEL INF.

**23. NOMBRE**
Nombre(s): Miguel Angel — Primer Apellido: Sanchez — Segundo Apellido: Luna

**24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)** (Hermano)

### DEL CERTIFICANTE

**25. CERTIFICADA POR** Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ●3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

**26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO** 1144494
Número de la cédula profesional

**27. NOMBRE**
Nombre(s): Sussly — Primer Apellido: Morales — Segundo Apellido: Cruz

**28. FIRMA**

**29. DOMICILIO y TELÉFONO**
29.1 Tipo de vialidad: Carretera — 29.2 Nombre de la vialidad: Mexico Tuxpan Km 7 — 29.3 Núm. Exterior: S/N — 29.4 Núm. Interior: ___ — 29.5 Tipo de asentamiento humano: fraccionamiento
29.6 Nombre del asentamiento humano: Lomas de Santiago — 29.7 Código Postal: 79010 — 29.8 Localidad: Cd. Valles
29.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí — 29.11 Teléfono: ___

**30. FECHA DE CERTIFICACIÓN** Día 29 Mes 03 Año 2021

### DEL REG. CIVIL

**31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO**
Núm. ___, Libro Núm. ___
31.1 Acta Núm. ___

**32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO**
32.1 Localidad ___
32.2 Municipio o Alcaldía — 32.3 Entidad federativa — 32.4 Día — Mes — Año