



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212250067

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
DE LA DEFUNCIÓN NO FUE UTILIZADA EL DÍA UNICO DE LA DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTAN 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

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL(FECHA DE NACIMIENTO)	Ma Cristina Reyes	Primer Apellido	Santos	Segundo Apellido							
		2. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	3. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí								
		4. FECHA DE NACIMIENTO	10/18/1960	5. CURP	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)								
		6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>							
		8. EDAD	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Meses	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5		
								En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9		
		10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle 427 Fraccionamiento Ciudad Valles			Via Lactea			10.1 Tipo de vivienda	10.2 Nombre de la vivienda			
		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	11. ESCOLARIDAD	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
		Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9				
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2						
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación	13.2.1 Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12				
		IMSS <input checked="" type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	13.2.2 Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99					
		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	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
		IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	privada <input type="radio"/> 9							
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	914 Fraccionamiento Ciudad Valles	15.1 Tipo de vivienda	15.2 Nombre de la vivienda	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	23/08/2021	17.1 Hora	17.2 Minutos	17.3 TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input 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 type="radio"/> 2	
		Dia	Mes	Año									
DE LA DEFUNCIÓN		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)											
		<p>Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Sindrome de dificultad respiratoria del adulto Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Sindrome inflamatorio multi sistémico asociado con COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Diabetes mellitus no especificada, con cetoacidosis</p>											
		<p>Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con enfermedad o estado morbo 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:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3</p> <p>43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>después del parto o aborto <input type="radio"/> 6</p> <p>21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</p> <p>Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</p> <p>Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p>											
		<p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:</p> <p>22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1</p> <p>Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2</p> <p>Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</p> <p>Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</p> <p>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3</p> <p>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4</p> <p>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5</p> <p>Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6</p> <p>Granja <input type="radio"/> 7</p> <p>Otro <input type="radio"/> 8</p> <p>Se ignora <input type="radio"/> 9</p>											
		<p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)</p>											
		<p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>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</p> <p>22.7.1 Tipo de vivienda</p> <p>22.7.2 Nombre de la vivienda</p>											
		<p>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior</p> <p>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p>											
		<p>22.7.7 Código Postal</p> <p>22.7.8 Localidad</p> <p>22.7.9 Municipio o Alcaldía</p> <p>22.7.10 Entidad federativa</p>											
DEL CERTIFICANTE		<p>23. NOMBRE</p> <p>José Luis Medina Reyes</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p>											
		<p>24. PARENTESCO CON EL(FA) FALLECIDO(A)</p> <p>Hijo</p>											
		<p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3</p> <p>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8</p> <p>*Especifique</p>											
		<p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p>1617882</p> <p>Número de la cédula profesional</p>											
		<p>27. NOMBRE</p> <p>Eduardo Blasquez Diaz</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p>											
		<p>28. FIRMA</p> <p></p>											
		<p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</p> <p>19 de Enero 7910000 Ciudad Valles</p> <p>29.1 Tipo de vivienda</p> <p>29.2 Nombre de la vivienda</p> <p>29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior</p> <p>29.5 Tipo de asentamiento humano</p>											
		<p>29.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>29.7 Código Postal</p> <p>29.8 Localidad</p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía</p> <p>29.10 Entidad federativa</p> <p>29.11 Teléfono</p>											
		<p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</p> <p>123082021</p> <p>Día Mes Año</p>											
DEL REGISTRO CIVIL		<p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</p> <p>Núm. _____, Libro Núm. _____</p> <p>31.1 Acta Núm. _____</p> <p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>32.1 Localidad</p> <p>32.2 Municipio o Alcaldía</p> <p>32.3 Entidad federativa</p> <p>32.4 Día Mes Año</p>											

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE NOMBRE Y DÍA DEL CERTIFICADO.



212250067