

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

FOLIO

212250069

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Lazaro Federico Landabide		2. FECHA DE NACIMIENTO 17/11/1949		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO MEXICO			
5. CURP LAXL49112017MNLXXZ11		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para menores de un año más Años cumplidos 0711 Se ignora <input type="radio"/> 9			
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle 12 de agosto 10.1 Tipo de vivienda 170 10.2 Nombre de la vivienda 170		10.3 Núm. Exterior 717110 10.4 Núm. Interior 717110 10.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 10.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles 10.7 Código Postal 717110 10.8 Localidad Ciudad Valles 10.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 2 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Tercera <input type="radio"/> 6 Superior <input type="radio"/> 7 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			
12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 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		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda Hospital 15.2 Nombre de la vivienda 170 15.3 Núm. Exterior 717110 15.4 Núm. Interior 717110 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles 15.7 Código Postal 717110 15.8 Localidad Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 23 Mes 08 Año 2021 Horas 23 Minutos 33		17. ¿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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) b) COVID 19 Debido a (o como consecuencia de) c) Hipertensión arterial Debido a (o como consecuencia de) d) Hipertensión arterial PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 16 días 20 días 15 días		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 puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo 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 puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		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"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <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"/> 9 22.4 Anoto la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 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 Anoto el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 717110 22.7.2 Nombre de la vivienda 717110 22.7.3 Núm. Exterior 717110 22.7.4 Núm. Interior 717110 22.7.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 22.7.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles 22.7.7 Código Postal 717110 22.7.8 Localidad Ciudad Valles 22.7.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 22.7.10 Entidad federativa San Luis Potosí					
23. NOMBRE Nombre(s) Angel Primer Apellido Landabide Segundo Apellido Landabide		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 711		27. NOMBRE Nombre(s) Angel Primer Apellido Landabide Segundo Apellido Landabide		28. FIRMA Angel Landabide	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 717110 29.2 Nombre de la vivienda 717110 29.3 Núm. Exterior 717110 29.4 Núm. Interior 717110 29.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 29.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles 29.7 Código Postal 717110 29.8 Localidad Ciudad Valles 29.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí 29.11 Teléfono 711		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 23 Mes 08 Año 2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 717110 , Libro Núm. 717110 31.1 Acta Núm. 717110		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 717110 32.2 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 32.3 Entidad federativa San Luis Potosí 32.4 Día 23 Mes 08 Año 2021			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL HABER PASADO DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE 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.



212250069