4177320011 2
6F1939PE

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SMBA 44/

Modelo 2017.1
FOLIO 212250076

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA DE LA SECRETARIA 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

DEL FALLECIDO

C-4 SO U26

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) — Nombre(s): Juana — Primer Apellido: Maldonado — Segundo Apellido: Gutierrez

2. FECHA DE NACIMIENTO — Día 21 Mes 08 Año 1939

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

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO — Tamaulipas (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP — MAGJ390821MTSLTN03 — 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: 082 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: 5 de Nombre
- 10.3 Núm. Exterior: S/N
- 10.4 Núm. Interior:
- 10.5 Tipo de asentamiento humano: Fundo
- 10.6 Nombre del asentamiento humano: Ricardo Flores Magón
- 10.7 Código Postal: 87918 10
- 10.8 Localidad: Ricardo Flores Magón
- 10.9 Municipio o Alcaldía: Ocampo
- 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Tamaulipas

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 — Hogar del Hogar — 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: 41773200 11 - 6F1939PE

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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
- 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Ciudad Valles
- 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
- 15.1 Tipo de vialidad: Boulevard
- 15.2 Nombre de la vialidad: México - Laredo
- 15.3 Núm. Exterior: 914
- 15.4 Núm. Interior:
- 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
- 15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
- 15.7 Código Postal: 79010 10
- 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 24 Mes 08 Año 2021 — Horas 17 Minutos 35

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) Paro cardiaco no especificado	15 minutos	I469
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Paro respiratorio (Debido a (o como consecuencia de))	30 minutos	R092
	c) Neumonia debida a otros virus (Debido a (o como consecuencia de))	1 días	J128
	d) Covid-19 (Debido a (o como consecuencia de))	4 días	U071
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 no insulino dependiente	A non	E119

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: U071

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 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Escuela u oficina pública ○2 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): Reinaldo — Primer Apellido: Bacillo — Segundo Apellido: Maldonado

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) — Hijo

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: Médico de Urgencias

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — Número de la cédula profesional: 1979285

27. NOMBRE — Nombre(s): Julio Cesar — Primer Apellido: Castro — Segundo Apellido: Martinez

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
- 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard
- 29.2 Nombre de la vialidad: México - Laredo
- 29.3 Núm. Exterior: 414
- 29.4 Núm. Interior:
- 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
- 29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
- 29.7 Código Postal: 79010 10
- 29.8 Localidad: Ciudad Valles
- 29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles
- 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
- 29.11 Teléfono: 481 3822492

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN — Día 24 Mes 08 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

212250076

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

Versión pública sin validez oficial