Modelo 2017.1

FOLIO 212250080

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s): Cristina — Primer Apellido: Gomez — Segundo Apellido: Pañola

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 15 Mes 03 Año 1961

3. SEXO Hombre ○1 Mujer ☒2 Se ignora ○9

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

5. CURP GOPC610315MSPMXR01 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 060 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: Rio Missisipi
10.3 Núm. Exterior: 205 — 10.4 Núm. Interior: ___ — 10.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Praderas del Rio
10.7 Código Postal: 79010 — 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 Potosi

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 Labores 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: ___

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 Zona 6
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: Mexico 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: 79059 — 15.8 Localidad: Ciudad Valles — 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 25 Mes 08 Año 2021 Horas 13 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) Sindrome de Dificultad Respiratoria del Adulto	5 horas	J80X
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Sindrome inflamatorio multisistemico asociado con COVID-19 (Debido a (o como consecuencia de))	1 día	U109
	c) Covid-19 (Debido a (o como consecuencia de))	5 dias	U071
	d) Enfermedad Renal Cronica etapa 5	2 anos	N185
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 especificada con complicaciones	14 anos	E117
	Hipertensión esencial (primaria)	14 anos	I10X

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 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): Laura Cristina — Primer Apellido: Padron — Segundo Apellido: Gomez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija

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 Número de la cédula profesional: 11599424

27. NOMBRE Nombre(s): Jose Mauricio — Primer Apellido: Marquez — Segundo Apellido: Salazar

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Boulevard — 29.2 Nombre de la vialidad: Mexico Laredo — 29.3 Núm. Exterior: 914 — 29.4 Núm. Interior: ___ — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero — 29.7 Código Postal: 79059 — 29.8 Localidad: Ciudad Valles
29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosi — 29.11 Teléfono: ___

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 25 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 ___

212250080

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

Versión pública