



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO
212250082

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 PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN A LOS DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN
DE Sujetos OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO		DE LA DEFUNCIÓN		MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		DEL REG. CIVIL	
<p>1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Martha Irene Flores Barrón</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO 19 09 1951 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Jalisco Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP F0BMIS190919NSPLRR00 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 7. NACIONALIDAD Mexicanas <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique</p> <p>8. EDAD Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> CUMPLIDA Minutos Horas Días Meses Años cumplidos</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):</p>		<p>8.4 ENTIDAD DE NACIMIENTO Jalisco Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>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</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Carretera Rincho Valles Narvarte KM 9.5 10.1 Número Exterior 10.4 Número Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.2 Nombre de la vialidad 79250 Ciudad Valles San Isidro 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.5 Nombre del asentamiento humano 7910519 Ciudad Valles San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p>		<p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL Labora en Hogar 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99</p>		<p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General Zamora 14.1 Nombre de la unidad médica Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard fraccionamiento 914 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Número Exterior 15.4 Número Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 19 de Mayo Ciudad Valles San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</p>	
<p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25 08 2021 11:43:00 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p>		<p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>Parte I: Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Síndrome inflamatorio multi sistémico causado COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morboso que la produjo</p> <p>Enfermedad Renal Crónica etapa 5 Diabetes mellitus incontrolable</p>		<p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 30 minutos</p> <p>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE J960</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>Parte I: Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Síndrome inflamatorio multi sistémico causado COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morboso que la produjo</p> <p>Enfermedad Renal Crónica etapa 5 Diabetes mellitus incontrolable</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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p>		<p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>		<p>21.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja <input type="radio"/> 7 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 8 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 9 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>			
<p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:</p> <p>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</p>		<p>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</p>		<p>22.3 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 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 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 Número Exterior 22.7.4 Número 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</p>					
<p>23. NOMBRE DEL INF.</p> <p>Nombre(s) Paula Yolindabel Solis Lehada Primer Apellido Segundo Apellido</p>		<p>24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) Sabrina</p>					
<p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input 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 *Especifique</p>		<p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional III32634</p>					
<p>27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) Jorge Estrella Huerta Primer Apellido Segundo Apellido</p>		<p>28. FIRMA</p>					
<p>29. DOMICILIO Y Teléfono Boulevard Maxim Laredo 914 29.1 Tipo de vialidad 19 de Mayo 29.2 Nombre de la vialidad fraccionamiento 29.3 Número Exterior 7910519 29.4 Número Interior Ciudad Valles 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano fraccionamiento 29.7 Código Postal 7910519 29.8 Localidad Ciudad Valles 29.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa Jalisco 29.11 Teléfono 5525000000</p>		<p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 25 Mes 08 Año 2021</p>					
<p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número 1234567890 Libro Número 1234567890 31.1 Acta Número 1234567890</p>		<p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 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 MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

212250082