



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212250082

*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. 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 DE LOS PARTICULARES



212250082

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Martha Irene</u> Primer Apellido <u>Tobres</u> Segundo Apellido <u>Bañon</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>19</u> Mes <u>09</u> Año <u>1951</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>			
5. CURP <u>FOBIN5110919NSPLRRI00</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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 personas de un año o más: <u>069</u> Años cumplidos <u>069</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a) <u>Carretera</u> <u>Valles Naranjo</u> <u>KM 9.5</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>San Isidro</u> 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>791250</u> 10.4 Núm. Interior <u>791250</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>791250</u> 10.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Nombre del hogar <u>4193510015 6F1951PL</u> 13.1 Número de seguridad social o afiliación			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSA <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Zona 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.5 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.7 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.9 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.11 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u> 14.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>19 de Enero</u>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Boulevard</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Maximo Lamedo</u> 15.3 Núm. Exterior <u>914</u> 15.4 Núm. Interior <u>7910519</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>7910519</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad Valles</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>43</u>				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> 30 minutos <u>J960</u> b) <u>Síndrome inflamatorio multisistémico asociado COVID-19</u> 29 días <u>U109</u> c) <u>COVID 19</u> 29 días <u>U071</u> d) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> 30 minutos <u>U071</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Enfermedad Renal Crónica etapa 5</u> 2 años <u>N185</u> <u>Diabetes mellitus insulino dependiente</u> 15 años <u>E11</u>					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U1071</u>		21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			
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 Añote 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 _____					
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Paula Yolinda Solis</u> Primer Apellido <u>Estada</u> Segundo Apellido <u>Sobing</u>		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Sobing</u>			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>11132634</u>			
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Jorge</u> Primer Apellido <u>Estada</u> Segundo Apellido <u>Hauert</u>		28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Boulevard</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Maximo Lamedo</u> 29.3 Núm. Exterior <u>914</u> 29.4 Núm. Interior <u>7910519</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>7910519</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

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