



43947216222
44193902

SECRETARÍA DE SALUD SINBA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212250087

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

20070202110

C-14
Cadereyta
NL
25
MED
M

*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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



212250087

1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A) David Mares Lopez		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
2. FECHA DE NACIMIENTO 24/12/1939		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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP MALD391229HSPRPV04		8. EDAD CUMPLIDA 79 años		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 27		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Coadjuvante	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 919	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 26/08/2021 11:45		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 a) Insuficiencia Respiratoria Aguda b) Cerebra c) Debido a (o como consecuencia de) d)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN U071		21. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23. NOMBRE María Luisa Mares Hernández		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1132634		27. NOMBRE Estelita Hervert		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard 19 de Enero		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 26/08/2021		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	

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