



41806500157
1M196SSF

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 453
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212250088

25
MED
INT

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A) Juan Manuel Landa Cabrera		2. FECHA DE NACIMIENTO 04/01/1965		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP LACJ650104HSPNBN016		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: 056 años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): Calle Fraccionamiento 303 10.1 Tipo de vivienda: Exterior 10.2 Nombre de la vivienda: Praderas del Río 10.3 Núm. Exterior: 790030 10.4 Núm. Interior: 790030 10.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 10.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 10.7 Código Postal: 790030 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 Potosí		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Policia Ministerial 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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 / INSABI <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"/> 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"/> Se ignora <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Fraccionamiento 15.2 Nombre de la vivienda: 19 de Enero 15.3 Núm. Exterior: 790030 15.4 Núm. Interior: 790030 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 15.7 Código Postal: 790030 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 26/08/2021 11:53	
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 PRACTICÓ 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.) a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) Covid-19 b) Hipertensión secundaria Debido a (o como consecuencia de) Otras cirrosis del Hígado c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) Hipertensión secundaria d) Otras cirrosis del Hígado Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 días 12 días 10 años 1 año		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: J960 U071 1159 K746	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <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"/>		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Tipo de lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Esposo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input 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: 11132634		27. NOMBRE Jorge Estévez		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Exterior 29.2 Nombre de la vivienda: 19 de Enero 29.3 Núm. Exterior: 790030 29.4 Núm. Interior: 790030 29.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 29.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 29.7 Código Postal: 790030 29.8 Localidad: Ciudad Valles 29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono: _____		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: _____ 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

