



4197540005 6 SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
SF1454PE ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO  
212250096

\*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



212250096

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Mq. Isabel</u> Primer Apellido <u>Larraga</u> Segundo Apellido <u>Castillo</u>	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>27</u> Mes <u>07</u> Año <u>1954</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
	5. CURP <u>LACI540727MSPRSS00</u> Se ignora <input type="radio"/>	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: _____ 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: <u>066</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input 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 Anotar el domicilio permanente donde vivía el(ia) fallecido(a) <u>Calle Francia</u> <u>821</u> <u>Colonia Lázaro Cárdenas</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior <u>79020</u> 10.4 Núm. Interior _____ 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>79020</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)			
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" 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 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"/> Hospital General de Zona #6 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 15.1 Tipo de vivienda <u>Boulevard</u> <u>914</u> <u>Fraccionamiento</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Mexico-Laredo</u> 15.3 Núm. Exterior <u>79000</u> 15.4 Núm. Interior _____ 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>79000</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>27</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u> Horas <u>20</u> Minutos <u>35</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 (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: para cardíaco, asfénia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) <u>Síndrome inflamatorio multisistémico asociado con COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus insulina dependiente, sin mención de complicación</u>
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>J960</u> <u>U071</u> <u>E119</u>	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"/> 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"/>	23. SI LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</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"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>11910738</u> Número de la cédula profesional	27. NOMBRE <u>Roberto</u> <u>Isachin</u> <u>Camacho</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
DEL CERTIFICANTE	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Boulevard</u> <u>19 de Enero</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Mexico Laredo</u> <u>79000</u> <u>Ciudad Valles</u> 29.3 Núm. Exterior <u>914</u> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>79000</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>27</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u>	
	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 _____		
DEL REG. CIVIL	ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA			