



4197540005 6 SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SI QUIERES ANTES DE LLENAR LÉA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

12250096

212250096

C-3

25

101

112

SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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

OS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS, Y DE LA LEY NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

C-3

25

MD

INT

Castillo

212250096

2. FECHA DE NACIMIENTO **27 071 959** **3. SEXO** **Hombre** **4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** **San Luis Potosí**

5. CURP **LAC1540727MSPRSS00** **6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** **Si** **7. NACIONALIDAD** **Mexicana**

8. EDAD **Para menores de una hora** **9. ESTADO CONYUGAL** **Separado(a)** **10. RESIDENCIA HABITUAL** **Anote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a)**

10.3 Núm. Exterior **10.4 Núm. Interior** **10.5 Tipo de asentamiento humano** **10.7 Código Postal** **10.8 Localidad** **10.9 Municipio o Alcaldía** **10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)**

11. ESCOLARIDAD **Ninguna** **Preescolar** **Primaria** **Secundaria** **11.1 La escolaridad seleccionada es:** **12. OCCUPACIÓN HABITUAL**

Bachillerato o preparatoria **Profesional** **Posgrado** **Se ignora** **Completa** **Incompleta** **12.1 Trabajaba** **Si** **10.2 Nombre de la viabilidad** **821** **Calle** **Francia** **10.6 Nombre del asentamiento humano** **Colonia** **Lázaro Cárdenas** **Se ignora**

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD **Ninguna** **ISSSTE** **SEDENA** **Seg. Popular / INSABI** **Otra** **14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** **Hospital General de Zona # 6** **14.1 Nombre de la unidad médica** **14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)**

IMSS **Bienestar** **ISSSTE** **SEDENA** **IMSS BIENESTAR** **Se ignora** **Vía pública** **Otro lugar** **Hogar** **Se ignora**

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **914** **15.1 Tipo de viabilidad** **Fraccionamiento** **15.2 Nombre de la viabilidad** **Boulevard** **19 de Enero** **15.6 Nombre del asentamiento humano** **15.7 Código Postal** **15.8 Localidad** **15.9 Municipio o Alcaldía** **15.10 Entidad federativa** **Ciudad Valles** **San Luis Potosí**

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN **27 08 2021** **16.1 Día** **16.2 Mes** **16.3 Año** **16.4 Horas** **16.5 Minutos** **17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?** **Si** **18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** **Si**

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I **Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente** **a) Insuficiencia respiratoria aguda** **Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte** **30 días**

b) Síndrome intensivo multir sistémico causado por COVID-19 **4 días**

c) COVID-19 **10 días**

d) Diabetes Mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación **70 días**

PARTE II **Otros estados patológicos significativos o contribuyentes a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo**

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS **21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:** **El embarazo** **El parto** **El puerperio** **21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?** **Si** **21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?** **Si**

43 días a 11 meses **después del parto o aborto** **40** **No** **22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:** **22.1 Fue un presunto** **22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?** **22.3 Sitio donde ocurrió la lesión**

Accidente **Homicidio** **Suicidio** **Si** **No** **Se ignora** **Vivienda particular** **Área industrial (taller, fábrica u oficina)**

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio **22.7.1 Tipo de viabilidad** **22.7.2 Nombre de la viabilidad**

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 **Vianey** **Altair** **La Laguna** **24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)** **Hija**

Nombre(s) **Primer Apellido** **Segundo Apellido**

25. CERTIFICADA POR **Médico tratante** **Medico legista** **Otro médico** **26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO** **11410138**

Persona autorizada por la Secretaría de Salud **Autoridad civil** **Otro** ***Especifique** **Número de la cédula profesional**

27. NOMBRE **Roberto** **Toachim** **Camacho** **28. FIRMA** **JAI**

Nombre(s) **Primer Apellido** **Segundo Apellido**

29. DOMICILIO Y TELÉFONO **Boulevard** **Mexica Laredo** **914** **30. FECHA DE CERTIFICACIÓN** **27 08 2021**

29.6 Nombre del asentamiento humano **29.7 Código Postal** **29.8 Localidad** **29.11 Teléfono** **29.1 Día** **29.2 Mes** **29.3 Año**

29.9 Municipio o Alcaldía **29.10 Entidad federativa**

31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA 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** **32.5 Mes** **32.6 Año**

DEL REG. CIVIL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

DE LA DEFUNCIÓN

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA
CARTELA DE SALUD.