



**4181340063 | SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.

Fr

12250099212250099212250099212250099
12250099

*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
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 PARTICULARS

212250099

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL (LA) FALLECIDO(A)	Alberto	Castro	Ibañez			
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
	2. FECHA DE NACIMIENTO	○ 8 0 4 1 9 3 4	3. SEXO	Hombre ○ 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9			
	Día Mes Año		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			
	5. CURP	CAIA340905HSPISBLO1	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
		Se ignora ○ 99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9			
	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora _____ Minutos _____	Para menores de un día _____ Horas _____	Para menores de un mes _____ Días _____			
	Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	Para menores de un año _____ Meses _____			
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____			
	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) ○ 6 En unión libre ○ 4	Viudo(a) ○ 2 Divorciado(a) ○ 3	Casado(a) ○ 5 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Principal	10.2 Nombre de la vialidad				
S/N	Localidad	La Gavia	10.6 Nombre del asentamiento humano				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	Tamusoco	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
7917000		10.8 Localidad	San Luis Potosí				
10.7 Código Postal	10.9 Municipio o Alcaldía						
11. ESCOLARIDAD	Ninguna ○ 1 Prescolar ○ 12 Bachillerato o preparatoria ○ 7	Primaria ○ 3 Profesional ○ 8	Secundaria ○ 5 Posgrado ○ 10	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ 1 Incompleta ○ 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
IMSS ○ 2 ISSSTE ○ 3 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6	SEDENA ○ 5 IMSS BIENESTAR ○ 10	Seg. Popular / INSABI ○ 7	Otra ○ 8	Jardín ○ 1 Trabajaba ○ 1	Se ignora ○ 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna ○ 1 IMSS ○ 3	ISSSTE ○ 3 PEMEX ○ 5	SEDENA ○ 5 SEMAR ○ 6	Hospital General de Zona # 6	Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12		
IMSS ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6	SEMA ○ 6	Otra unidad pública ○ 8	Unidad médica privada ○ 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud ○ 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad				
IMSS ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6	Otra unidad pública ○ 8	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano				
919	Fraccionamiento	19 de Enero	San Luis Potosí				
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
7910000			Güedel Valles				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	28 08 2021	10 30 4	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año	Horas Minutos		Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9	Sí ○ 1 No ○ 2			
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) Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia Respiratoria Aguda						
Causas antecedentes	b) Debido a (o como consecuencia de) COVID-19						
Estos son morbos, si existiera algún otro que produjeron la causa consignada arriba, mencionándolo en último lugar la causa básica	c) Debido a (o como consecuencia de)						
d)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Enfermedad renal crónica no especificada						
	Hipertensión arterial (pulmón)						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?						
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo ○ 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4	El parto ○ 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5	El puerperio ○ 3	Sí ○ 1 No ○ 2	21.3 Las causas anotadas complican el embarazo, parto o puerperio?		
El embarazo ○ 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4	El parto ○ 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5	El puerperio ○ 3	Sí ○ 1 No ○ 2	Sí ○ 1 No ○ 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión						
22.1 Fue un presunto accidente	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular ○ 0	Área deportiva ○ 3	Área industrial ○ 6			
Accidente ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9	Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9	Vivienda colectiva ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2	Calle o carretera (vía pública) ○ 4	Granja ○ 7			
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	Área comercial o de servicio ○ 5	Otro ○ 8	Se ignora ○ 9			
22.7 Anote 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	Maria Leticia Sanchez	Castro	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	11/a.				
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
Médico tratante ○ 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4	Médico legista ○ 2 Autoridad civil* ○ 5	Otro médico* ○ 3 Otro* ○ 8	Número de la cédula profesional 09095257				
		*Especifique					
27. NOMBRE	Maria Alejandra Sanchez	Solis	28. FIRMA				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Boulevard	Mexico Laredo	29.2 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Número de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior				
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Güedel Valles	7910000	Güedel Valles		Día	28	Año	
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono		Mes	08		
31. LA DEFUNCIÓN FUÉ INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad						
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año		
DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	DEL FALLECIDO	DEL DILE			

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA
AUTOPSIA Ó ÓRGANOS.**