SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212250100

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A): Nombre(s): Juan — Primer Apellido: Gonzalez — Segundo Apellido: Segura

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 30 Mes 03 Año 1943

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: GOSJ430330HSPNGN07 Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 1 Otra ( ) 2 → Especifique: 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 un año ___ Meses; Para personas de un año o más 078 Años cumplidos; Se ignora ( ) 9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ( ) 6 Viudo(a) ( ) 2 Casado(a) (X) 5 En unión libre ( ) 4 Divorciado(a) ( ) 3 Soltero(a) ( ) 1 Se ignora ( ) 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Ferrocarril
10.3 Núm. Exterior: 400
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Ejido
10.6 Nombre del asentamiento humano: San Felipe
10.7 Código Postal: 79256
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 ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria (X) 3 Secundaria ( ) 5 Bachillerato o preparatoria ( ) 7 Profesional ( ) 8 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ( ) 1 Incompleta ( ) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Empleado (oficio) Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba: Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ( ) 1 ISSSTE ( ) 3 SEDENA ( ) 5 Seg. Popular / INSABI ( ) 7 Otra ( ) 8 IMSS (X) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 IMSS BIENESTAR ( ) 10 Se ignora ( ) 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4166431235-5M1943PE

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ( ) 1 IMSS (X) 3 PEMEX ( ) 5 SEMAR ( ) 7 IMSS BIENESTAR ( ) 2 ISSSTE ( ) 4 SEDENA ( ) 6 Otra unidad pública ( ) 8 Unidad médica privada ( ) 9 Vía pública ( ) 10 Otro lugar ( ) 12 Hogar ( ) 11 Se ignora ( ) 99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona #06
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Boulevard
15.2 Nombre de la vialidad: Manco-Laredo
15.3 Núm. Exterior: 914
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
15.7 Código Postal: 79000
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: Día 28 Mes 08 Año 2021 Horas 11 Minutos 23

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ( ) 1 No (X) 2

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

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Respiratoria Aguda	8 horas	J960
	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) Covid-19	4 días	U071
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Arritmia cardiaca	4 años	I499
	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 morboso que la produjo	Hipertensión Arterial esencial (primaria)	4 años	I10X

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ( ) 1 El parto ( ) 2 El puerperio ( ) 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ( ) 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ( ) 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: U071

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ( ) 1 Homicidio ( ) 2 Suicidio ( ) 3 Se ignora ( ) 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ( ) 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ( ) 1 Escuela u oficina pública ( ) 2 Área deportiva ( ) 3 Calle o carretera (vía pública) ( ) 4 Área comercial o de servicio ( ) 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ( ) 6 Granja (rancho o parcela) ( ) 7 Otro ( ) 8 Se ignora ( ) 9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 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

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): Alan — Primer Apellido: Cortes — Segundo Apellido:
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Esposa

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ( ) 1 Médico legista ( ) 2 Otro médico (X) 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ( ) 4 Autoridad civil* ( ) 5 Otro* ( ) 8 *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 3223981
27. NOMBRE: Nombre(s): Alan — Primer Apellido: Cortes — Segundo Apellido: Ramírez
28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Boulevard
29.2 Nombre de la vialidad: Manco-Laredo
29.3 Núm. Exterior: 914
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
29.7 Código Postal: 79000
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: Día 28 Mes 08 Año 2021

DEL REG. CIVIL

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

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

212250100

Se anexa copia todo No 25 Nombre del / Lugar muerte, correcto: Manuela Bonilla Medina