



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212250169

212250169

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)			Jose Alfredo Echavarria Gutierrez		
Nombre(s)			Primer Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 04/09/1976			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
Día	Mes	Año	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	5. CURP EAGAA6091976PCTL06	
			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → 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 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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			10.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>		
10.3 Núm. Exterior			10.2 Nombre de la vialidad <i>Localidad</i>		
10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Rústica Ciudad Valles</i>		
10.7 Código Postal			10.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>		
10.8 Localidad			10.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8			11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10			12. OCUPACIÓN HABITUAL Campesino <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN km 7			15.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>		
15.3 Núm. Exterior			15.2 Nombre de la vialidad <i>Fraccionamiento</i>		
15.4 Núm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Ciudad Valles San Luis Potosí</i>		
15.7 Código Postal			15.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>		
15.8 Localidad			15.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 04/09/2021 11:255			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a) Debido a (o como consecuencia de) <i>Síndrome uremico</i>					
b) Debido a (o como consecuencia de) <i>Covid-19 Virus no identificado</i>					
c) Debido a (o como consecuencia de)					
d) 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					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron 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 <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9					
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva (calle o carretera (vía pública)) <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella fallecido(a) <i>POBLACIONES FEDERATIVAS DE SAN LUIS POTOSI</i>					
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		
22.7.7 Código Postal			22.7.5 Tipo de asentamiento humano		
22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o Alcaldía		
22.7.10 Entidad Federativa			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
23. NOMBRE Torirosa Gutierrez					
Nombre(s)			Primer Apellido		
Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique					
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE Cardina					
Nombre(s)			Primer Apellido		
Segundo Apellido			28. FIRMA		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO					
29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad		
29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal		
29.9 Municipio o Alcaldía			29.10 Entidad federativa		
29.11 Teléfono			29.8 Localidad		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 04/09/2021					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____					
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad					