



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212250175

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|------------------|
| 1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) | | CATAINA CRUZ | | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO 12 9 05 1997 | | 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí | |
| 5. CURP | | Se ignora <input type="radio"/> 99 | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> | | 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos | | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 38 CALLE | | 10.1 Tipo de vialidad Av. 100 | | 10.2 Nombre de la vialidad VICENTE GUERRERO | |
| 10.3 Núm. Exterior 792 10.4 Núm. Interior 72 | | 10.5 Tipo de asentamiento humano Av. 100 | | 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí | |
| 10.7 Código Postal | | 10.8 Localidad Av. 100 | | 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí | |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> | | Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> | | Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 12. OCCUPACIÓN HABITUAL Completa <input type="radio"/> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Av. 100 | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: Incompleta <input type="radio"/> 2 | | 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 15.2 Nombre de la vialidad LONAS | |
| 15.3 Núm. Exterior 790 15.4 Núm. Interior 70 | | 15.5 Tipo de asentamiento humano Av. 100 | | 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí | |
| 15.7 Código Postal | | 15.8 Localidad Av. 100 | | 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 10 Mes 09 Año 2012 Horas 14 Minutos 50 | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 18. SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| 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) Covid-19. Virus No Especificado | | 14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 | |
| Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | b) Debido a (o como consecuencia de) | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| c) Debido a (o como consecuencia de) | | d) Debido a (o como consecuencia de) | | Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo | | 15. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | 15.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 12 DIAS | |
| 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 estuve 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Asilo, orfanato, etc. <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o pública <input type="radio"/> 5 | |
| 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 | |
| 22.8. NOMBRE Nombre(s) FERNANDO | | 22.8.1 Primer Apellido VECINDAZ | | 22.8.2 Segundo Apellido CRUZ | |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) Hernan | | 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 | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO *Especifique | |
| 27. NOMBRE Nombre(s) ANGEL JAVIER | | 28. FIRMA | | 29. NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL 432509 | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO Nombre(s) CARRETERA | | 29.1 Tipo de vialidad Av. 100 | | 29.2 Nombre de la vialidad Av. 100 | |
| 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior | | 29.5 Tipo de asentamiento humano | | 29.6 Nombre del asentamiento humano Av. 100 | |
| 29.7 Código Postal | | 29.8 Localidad | | 29.9 Municipio o Alcaldía | |
| 29.10 Entidad federativa | | 29.11 Teléfono | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 08 Mes 09 Año 2021 | |
| 31.1 Acta Núm. | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Localidad | | 32.2 Municipio o Alcaldía | |
| 31.2 Acta Núm. | | 32.3 Entidad federativa | | 32.4 Día Mes Año | |

*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 15 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 PARTICULARES



212250175