SANTIAGO FLORES 60 m.º 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212250185

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*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

DEL FALLECIDO

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

356-

2. FECHA DE NACIMIENTO — Día — Mes — Año

3. SEXO — Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO — Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP — Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? — Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD — Mexicana ○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 (Años cumplidos) 52 — 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) ○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 — 10.2 Nombre de la vialidad — 10.3 Núm. Exterior — 10.4 Núm. Interior — 10.5 Tipo de asentamiento humano — 10.6 Nombre del 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 ○1 Preescolar ○12 Primaria ○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 — Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

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

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN — Secretaría de Salud ○1 IMSS ○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
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad — 15.2 Nombre de la vialidad — 15.3 Núm. Exterior — 15.4 Núm. Interior — 15.5 Tipo de asentamiento humano — 15.6 Nombre del asentamiento humano — 15.7 Código Postal — 15.8 Localidad — 15.9 Municipio o Alcaldía — 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN — Día 03 Mes 09 Año 21 — Horas 16 Minutos 30

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? — 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.)

		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) SX DE INSUF. RESP. AGUDA		
	Debido a (o como consecuencia de) NEUMONIA POR SARS-COVID		
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)		
	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 morboso que la produjo	D.M.		

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

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) — Primer Apellido — Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR — Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ○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

27. NOMBRE — Nombre(s) OLGA LIDIA — Primer Apellido GONZALEZ — Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad — 29.2 Nombre de la vialidad — 29.3 Núm. Exterior — 29.4 Núm. Interior — 29.5 Tipo de asentamiento humano — 29.6 Nombre del asentamiento humano — 29.7 Código Postal — 29.8 Localidad — 29.9 Municipio o Alcaldía — 29.10 Entidad federativa — 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN — Día — Mes — Año

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

212250185

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI. HOSPITAL GENERAL CD VALLES, S.L.P TRABAJO SOCIAL