



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212250189

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



212250189

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Benito Gonzalez Ledezma		2. FECHA DE NACIMIENTO 10/08/1962		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP 6013620810HSBNDN01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA 59 años	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 314 Colonia Zona Centro Ciudad Valles		11. ESCOLARIDAD Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercaria <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General Zona #6		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Francisco I. Madero 914 Fraccionamiento 19 de Enero Ciudad Valles		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 29/08/2021 11:18	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Choque séptico b) Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19 c) COVID-19 d) Hipertensión esencial primaria		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN U07.1	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) Hija	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Diciembre de 2021 1979285		27. NOMBRE Julio Cesar Cortez Martinez		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard Francisco I. Madero 914 Fraccionamiento 19 de Enero Ciudad Valles		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 29/08/2021 12:11		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro 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