



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

212250189

*SI LA DEFUNCION NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
ESTOS DATOS PERSONALES ESTAN 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

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|---------------------------------------|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) | Benito | Gonzalez | Primer Apellido | Ledezma | Segundo Apellido |
| | 2. FECHA DE NACIMIENTO | Día Mes Año | 3. SEXO | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | San Luis Potosí |
| 5. CURP | GOLB620819MSPNDN07 | 6. SE IGNORA | <input type="radio"/> 99 | 7. NACIONALIDAD | Mexicana <input checked="" type="radio"/> | Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 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 | 59 Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 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 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 | 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) | Calle Colonia Ciudad Valles | 10.1 Tipo de vialidad | Av. Secretaría de la Defensa Nacional | 10.2 Nombre de la vialidad | |
| 10.3 Núm. Exterior | 10.4 Núm. Interior | 10.5 Tipo de asentamiento humano | Zona Urbana | 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) | San Luis Potosí | | |
| 11. ESCOLARIDAD | Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 | Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | 14. SITIO DONDE SUcedió LA DEFUNCIÓN | Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 | Hospital General Zem #6 | 14.1 Nombre de la unidad médica | | | | |
| IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 | 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 | | |
| 914 19000 | Franquicia | 15.3 Núm. Exterior | 15.4 Núm. Interior | 15.5 Tipo de asentamiento humano | | |
| 15.7 Código Postal | 15.8 Localidad | 15.9 Municipio o Alcaldía | 15.10 Entidad federativa | San Luis Potosí | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | Día Mes Año Horas Minutos | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | | | |
| 22.1082021 11 18 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 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 cardíaco, astenia, etc.) | 19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | | |
| Causes antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que provocaron la muerte consignándose arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | a) Choque Septico | Debido a (o como consecuencia de) | a covid 19 | Uso exclusivo del personal codificador | | |
| | b) Síndrome Inflamatorio multisistémico asociado | Debido a (o como consecuencia de) | | Código CIE | | |
| | c) Covid 19 | Debido a (o como consecuencia de) | | 2592 | | |
| | d) Hipertension esencial primaria | Debido a (o como consecuencia de) | | U109 | | |
| | | | | U071 | | |
| | | | | 110X | | |
| PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron | | | | Uso exclusivo del personal codificador | | |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS | 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN | | | |
| 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 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | Código CIE | | | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) | | | | |
| 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"/> 99 | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 | Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 3 Área comercial o público <input type="radio"/> 5 | | | | |
| 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 | Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 7 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 | | | | |
| 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | | |
| 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 | | | |
| 23. NOMBRE | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | | | | |
| Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido | | | | |
| 25. CERTIFICADA POR | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | | | |
| Médico tratante <input type="radio"/> 1 Autoridad civil* <input type="radio"/> 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 5 | Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8 | Directivo de Gobierno | 1979285 Número de la cédula profesional | | | |
| *Especifique | | | | | | |
| 27. NOMBRE | 28. FIRMA | | | | | |
| Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido | | | | |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | | | |
| Boulevard Mexico Laredo 914 | 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 | | | |
| 19 de Enero | 29.7 Código Postal | 29.8 Localidad | 29.11 Teléfono | | | |
| Col. Centro | 29.10 Entidad federativa | 29.12 Municipio o Alcaldía | 29.13 Acta Núm. 29.14 Fecha 29.15 Año | | | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | 29.9 Municipio o Alcaldía | 32.1 Localidad | | | | |
| 29.9 Municipio o Alcaldía | 32.2 Lugar y Fecha de Registro | 32.3 Municipio o Alcaldía | 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año | | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | Núm. _____, Libro Núm. _____ | 32.1 Localidad | | | | |
| Núm. _____, Libro Núm. _____ | | | | | | |
| 31.1 Acta Núm. _____ | | 32.2 Municipio o Alcaldía | 32.3 Entidad federativa | | | |
| | | 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año | | | | |
| DEL REG. CIVIL | DEL CERTIFICANTE | DEL INF. | | | | |

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