Modelo 2017.1

FOLIO 212250191

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

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): J. Gamaliel — Primer Apellido: Oviedo — Segundo Apellido: Pérez

2. FECHA DE NACIMIENTO (Día Mes Año): 03 07 1985

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)): San Luis Potosí

5. CURP: OIPG850703HSPVRM04 — Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 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): 036 — 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) (X) 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: Andador
- 10.2 Nombre de la vialidad: Plaza Reyna Elena
- 10.3 Núm. Exterior: 210
- 10.4 Núm. Interior:
- 10.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
- 10.6 Nombre del asentamiento humano: El carmen 1
- 10.7 Código Postal: 79069
- 10.8 Localidad: Ciudad Valles
- 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad valles
- 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria ( ) 3 Secundaria ( ) 5 Bachillerato o preparatoria ( ) 7 Profesional (X) 8 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ( ) 1 Incompleta (X) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Desempleado — Se ignora ( ) 99

12.1 Trabajaba: Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ( ) 1 ISSSTE ( ) 3 SEDENA ( ) 5 Seg. Popular / INSABI ( ) 7 Otra ( ) 8 IMSS (X) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 IMSS BIENESTAR ( ) 10 Se ignora ( ) 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: 05169065 83-2M1985OR

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ( ) 1 IMSS (X) 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: Hospital General de Zona #6
- 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
- 15.1 Tipo de vialidad: Boulevard
- 15.2 Nombre de la vialidad: México Laredo
- 15.3 Núm. Exterior: 914
- 15.4 Núm. Interior:
- 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
- 15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
- 15.7 Código Postal: 79000
- 15.8 Localidad: Ciudad Valles
- 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad valles
- 15.10 Entidad federativa: Sam Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN (Día Mes Año Horas Minutos): 29 08 2021 07 03

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí ( ) 1 No (X) 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) Choque séptico	48 horas	R572
	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	b) Sepsis, no especificada	24 horas	A419
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	9 días	J80X
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) COVID-19	9 días	U071
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 ( ) 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: Dulce María (Nombre(s)) — Rangel (Primer Apellido) — Ramírez (Segundo Apellido)

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

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ( ) 1 Médico legista ( ) 2 Otro médico* (X) 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: 3223981

27. NOMBRE: Alan (Nombre(s)) — Cortés (Primer Apellido) — Román (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
- 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard
- 29.2 Nombre de la vialidad: México Laredo
- 29.3 Núm. Exterior: 914
- 29.4 Núm. Interior:
- 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
- 29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
- 29.7 Código Postal: 79000
- 29.8 Localidad: Ciudad Valles
- 29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad valles
- 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
- 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN (Día Mes Año): 29 08 2021

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 ó Alcaldía
- 32.3 Entidad federativa
- 32.4 Día Mes Año

212250191

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

Versión pública sin valor oficial