Modelo 2017.1

FOLIO 212250194

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

212250194

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s): Humberto; Primer Apellido: Hernández; Segundo Apellido: Oraña

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 28 Mes 08 Año 1952

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

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

5. CURP HEOH520828HSPRCM06 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 069 Años cumplidos; 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 (X) 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: Calle; 10.2 Nombre de la vialidad: Venustiano Carranza
10.3 Núm. Exterior: S/N; 10.4 Núm. Interior: ___; 10.5 Tipo de asentamiento humano: Localidad; 10.6 Nombre del asentamiento humano: Las Armas
10.7 Código Postal: 79800; 10.8 Localidad: Las Armas; 10.9 Municipio o Alcaldía: Tancanhuitz; 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD Ninguna ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria (X) 3 Secundaria ( ) 5 Bachillerato o preparatoria ( ) 7 Profesional ( ) 8 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (X) 1 Incompleta ( ) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Campesino; Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba Sí (X) 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 (X) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 IMSS BIENESTAR ( ) 10 Se ignora ( ) 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4174520161-5M1952PE

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: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 29 Mes 08 Año 2021 Horas 09 Minutos 50

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) Insuficiencia respiratoria aguda	8 días	J960
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): Neumonía debida a otros virus	14 días	N189
	c) Debido a (o como consecuencia de): COVID-19	17 días	U071
	d) Debido a (o como consecuencia de):		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Hipertensión arterial sistémica	15 años	I10X

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: U071

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 Área deportiva ( ) 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) ( ) 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ( ) 1 Calle o carretera (vía pública) ( ) 4 Granja (rancho o parcela) ( ) 7 Escuela u oficina pública ( ) 2 Área comercial o de servicio ( ) 5 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): Ismael; Primer Apellido: Santos; Segundo Apellido: Reyes

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

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 Nombre(s): Alán; Primer Apellido: Cortés; Segundo Apellido: Román

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 29 Mes 08 Año 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 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

Expediente clínico