



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212250200

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.

212250200

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <b>1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A)</b><br>Norma Edith Gutierrez Ibañez  |   |  |  |  |
| <b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b><br>21/05/1984   | <b>3. SEXO</b><br>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | <b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b><br>San Luis Potosí |  |  |
| <b>5. CURP</b><br>G U I N 8 4 0 5 2 1 M S P T B R 0 1   |   |  |  |  |
| <b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b><br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |   |  | <b>7. NACIONALIDAD</b><br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| <b>8. EDAD CUMPLIDA</b><br>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: 039  |   |  |  |  |
| <b>9. ESTADO CONYUGAL</b><br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |   |  |  |  |
| <b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b><br>Añote el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a): Avenida Los Alamos<br>10.1 Tipo de vialidad: Fraccionamiento<br>10.2 Nombre de la vialidad: Jardines del Campestre<br>10.3 Núm. Exterior: 791060<br>10.4 Núm. Interior: 110<br>10.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles<br>10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí<br>10.7 Código Postal: 791060<br>10.8 Localidad: Ciudad Valles<br>10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles<br>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí  |   |  |  |  |
| <b>11. ESCOLARIDAD</b><br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>  |   |  | <b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b><br>12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Ama de casa  |  |
| <b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b><br>Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |   |  | <b>13.1 Número de seguridad social o afiliación</b><br>4995745931 2F19840R   |  |
| <b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b><br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital General Zona 6<br>14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Zona 6<br>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):   |   |  | <b>14.3 Vía pública</b> <input type="radio"/> <b>14.4 Otro lugar</b> <input type="radio"/>   |  |
| <b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b><br>15.1 Núm. Exterior: 914<br>15.2 Núm. Interior: Fraccionamiento<br>15.3 Tipo de vialidad: Boulevard<br>15.4 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles<br>15.5 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles<br>15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí<br>15.7 Código Postal: 791060<br>15.8 Localidad: Ciudad Valles<br>15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles<br>15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí  |   |  |  |  |
| <b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b><br>30/08/2021 19:45   |   |  | <b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b><br>Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  | <b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b><br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> |
| <b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b><br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:<br>a) Choque cardiogenico<br>Debido a (o como consecuencia de):<br>b) Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a Covid19<br>Debido a (o como consecuencia de):<br>c) Covid 19<br>Debido a (o como consecuencia de):<br>d)<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:<br>21.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años:<br>21.1.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>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 checked="" type="radio"/>   |   |  | <b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b><br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/><br><b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b><br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/><br><b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b><br>Código CIE: 8 horas<br>17 días<br>20 días |  |
| <b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:</b><br>22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:<br>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"/><br>22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a):<br>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br>22.7.1 Tipo de vialidad:<br>22.7.2 Nombre de la vialidad:<br>22.7.3 Núm. Exterior: 791060<br>22.7.4 Núm. Interior: 110<br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles<br>22.7.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles<br>22.7.7 Código Postal: 791060<br>22.7.8 Localidad: Ciudad Valles<br>22.7.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles<br>22.7.10 Entidad federativa: San Luis Potosí |   |  |  |  |
| <b>23. NOMBRE</b><br>Volanda Gutierrez Ibañez   |   |  | <b>24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A)</b><br>Hermana  |  |
| <b>25. CERTIFICADA POR</b><br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique:<br>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO:<br>1617882<br>Número de la cédula profesional  |   |  |  |  |
| <b>27. NOMBRE</b><br>Eduardo Blasquez Diaz  |   |  | <b>28. FIRMA</b><br>   |  |
| <b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b><br>29.1 Tipo de vialidad: Boulevard<br>29.2 Nombre de la vialidad: Mexico - Laredo<br>29.3 Núm. Exterior: 914<br>29.4 Núm. Interior: Fraccionamiento<br>29.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles<br>29.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles<br>29.7 Código Postal: 791060<br>29.8 Localidad: Ciudad Valles<br>29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí<br>29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí<br>29.11 Teléfono:  |   |  |  |  |
| <b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b><br>30/08/2021   |   |  |  |  |
| <b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO</b><br>Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.  |   |  | <b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b><br>32.1 Localidad:<br>32.2 Municipio o Alcaldía:<br>32.3 Entidad federativa:<br>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