

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

212251216

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**

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DEL LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Antonio</u> Primer Apellido <u>Orejio</u> Segundo Apellido <u></u>				
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>1959</u> Día <u>1</u> Mes <u>9</u> Año <u>59</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>A00J590824HS PNC LOR</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <u></u>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u></u> Minutos <u></u> Para menores de un día <u></u> Horas <u></u> Para menores de un mes <u></u> Días <u></u> Para menores de un año <u></u> Meses <u></u> Para personas de un año o más <u>062</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle 70</u> 10.1 Tipo de vialidad <u></u> 10.2 Nombre de la vialidad <u></u> 10.3 Núm. Exterior <u>79930</u> 10.4 Núm. Interior <u></u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Carretera a San Martín Km 3</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Zacatitan</u> 10.7 Código Postal <u></u> 10.8 Localidad <u></u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
DE LA DEFUNCION	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		12. OCUPACION HABITUAL <u>Carero</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
	13. AFILIACION 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 <input checked="" 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u></u>		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica <u></u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u></u>		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <u>Carretera a San Martín Km 3</u> 15.1 Tipo de vialidad <u></u> 15.2 Nombre de la vialidad <u></u> 15.3 Núm. Exterior <u></u> 15.4 Núm. Interior <u></u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Carretera</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Zacatitan</u> 15.7 Código Postal <u></u> 15.8 Localidad <u></u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u></u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION <u>01/09/2021</u> <u>09:05</u> Día <u>01</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u> Horas <u>09</u> Minutos <u>05</u>		
	17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>COVID</u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> b) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> d) <u></u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u></u>				
	21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 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"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u></u>
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>		
	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>		22.7.1 Tipo de vialidad <u></u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u> 22.7.3 Núm. Exterior <u></u> 22.7.4 Núm. Interior <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 22.7.7 Código Postal <u></u> 22.7.8 Localidad <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 22.7.10 Entidad federativa <u></u>		
DEL INF.	23. NOMBRE <u>Jose Antonio Martinez</u> Nombre(s) <u></u> Primer Apellido <u></u> Segundo Apellido <u></u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u></u>		
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique <u>General</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO <u>7815063</u> Número de la cédula profesional		
	27. NOMBRE <u>Antonio Miguel Far</u> Nombre(s) <u></u> Primer Apellido <u></u> Segundo Apellido <u></u>		28. FIRMA <u>Antonio Far</u>		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u></u> 29.2 Nombre de la vialidad <u></u> 29.3 Núm. Exterior <u></u> 29.4 Núm. Interior <u></u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Zacatitan</u> 29.7 Código Postal <u></u> 29.8 Localidad <u></u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u></u> 29.11 Teléfono <u></u>		30. FECHA DE CERTIFICACION <u>01/09/2021</u> Día <u>01</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>		
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u></u> , Libro Núm. <u></u> 31.1 Acta Núm. <u></u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u></u> 32.3 Entidad federativa <u></u> 32.4 Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u>		

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