



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO
212251497
212251497

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		DEL DEFUNCIÓN		MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		DEL CERTIFICANTE		DEL REG. CIVIL	
1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Yessica Castillo Caballero		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Ciudad de México		22.7.1 Tipo de viabilidad		22.7.2 Nombre de la viabilidad	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 14 11 1972		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 79 9 60		10.5 Tipo de asentamiento humano Localidad Asentamiento humano		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 79 9 60		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
5. CURP CAMCY724215MDP53501		10.7 Código Postal 29100		10.8 Localidad Tamezunchale		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7.1 Tipo de viabilidad	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año o más Minutos Horas Días Meses Años cumplidos		10.9 Municipio o Alcaldía Tamezunchale		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 10.1 Tipo de viabilidad Carretera Mod. San Luis Potosí		11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí		22.7.10 Entidad federativa		22.7.11 Tipo de viabilidad	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 4 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.2 Nombre de la viabilidad San Luis Potosí		22.7.12 Nombre de la viabilidad		22.7.13 Nombre de la viabilidad	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital Tamezunchale		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 142		22.7.14 Nombre de la viabilidad		22.7.15 Nombre de la viabilidad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de viabilidad Carretera Mod. San Luis Potosí		15.2 Nombre de la viabilidad San Luis Potosí		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79 9 60		15.5 Tipo de asentamiento humano Localidad Asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 03 09 20 21 14 17		16.1 Municipio o Alcaldía Tamezunchale		16.2 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí		16.3 Tipo de viabilidad San Luis Potosí		16.4 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) a) Debito a (o como consecuencia de) Insuficiencia respiratoria b) Debito a (o como consecuencia de) Miocardio adyacente a la cavidad c) Debito a (o como consecuencia de) Caso confirmado de Covid 19 d) Debito a (o como consecuencia de) Debito a (o como consecuencia de)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN 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		18.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 día 6 días 30 días		18.2 Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN 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 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el 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		21.4 ¿La relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		21.5 Código CIE	
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 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública) Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		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		22.7.1 Tipo de viabilidad		22.7.2 Nombre de la viabilidad		22.7.3 Nombre de la viabilidad	
23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido Sineda Santos Castro Badoa		23.1 Tipo de viabilidad		23.2 Nombre de la viabilidad		23.3 Municipio o Alcaldía		23.4 Nombre del asentamiento humano	
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 27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido Jesus Jahzabail Gaspar Rivera		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 09127170		28. FIRMA		28.1 Tipo de viabilidad		28.2 Nombre de la viabilidad	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de viabilidad Carretera Mod. San Luis Potosí		29.2 Nombre de la viabilidad San Luis Potosí		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 79 9 60		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad San Luis Potosí		32.2 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		32.3 Entidad federativa San Luis Potosí		32.4 Día Mes Año 03 09 20 21	



212251497

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