Modelo 2017.1

FOLIO 212251704

# 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): Rafael; Primer Apellido: Aguilar; Segundo Apellido: Arevalo

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 31 Mes 01 Año 961

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

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

5. CURP: AUAR611031HSPGRF03 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: 059 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) (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: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Herradura
10.3 Núm. Exterior: 110
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
10.6 Nombre del asentamiento humano: Lomas de San Jose
10.7 Código Postal: 79090
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 Potosi

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

12. OCUPACIÓN HABITUAL: 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: 41194215 28-4 N1 66 10 R

### 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 #60
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: Mexico 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 Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 31 Mes 08 Año 2021 Horas 06 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*: para 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 | 24 horas | J960 |
| Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | b) Covid 19 | 6 días | U071 |
| | c) | | |
| | d) | | |
| PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo | Hipertensión escencial (primaria) | 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:

### 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: Nombre(s): Rafael; Primer Apellido: Aguilar; Segundo Apellido: Zúñiga
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo

### 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: 1132034
27. NOMBRE: Nombre(s): Jose; Primer Apellido: Estrada; Segundo Apellido: Herrera
28. FIRMA
29. DOMICILIO Y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Boulevard
29.2 Nombre de la vialidad: Mexico-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 Potosi
29.11 Teléfono:
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 31 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

212251704

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