



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212251709

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212251709

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		Gregorio Jiménez		Santos	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP JJSGS81116HSPMN&06		6. J. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): SIN		10.1 Tipo de vialidad localidad		10.2 Nombre de la vialidad El	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 1-710125101 21 Abca		10.6 Nombre del asentamiento humano ciudad valles		10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía	
11. ESCOLARIDAD 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"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input 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"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación 478580105 SMIS80E			
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 privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUGRENDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 79000 ciudad valles		15.6 Nombre del asentamiento humano ciudad valles		15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 10 09 2021		15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad Fraccionamiento		15.10 Entidad federativa San Luis Potosí	
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"/> 3		18. SE PRACTICÓ NECRÓPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>COVID-19</i> Debido a (o como consecuencia de)		19.1 Número de la unidad médica Hospital General de Zona #16	
Causas antecedentes de los demás morbos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <i>Acodosis</i> Debido a (o como consecuencia de)		19.2 Nombre de la vialidad Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		c) <i>Síndrome de dificultad respiratoria del adulto</i> Debido a (o como consecuencia de)		19.3 Nombre del asentamiento humano Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		d) <i>Diabetes Mellitus insulina dependiente</i>		19.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificar 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 <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 después del parto o aborto <input type="radio"/> 6		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? Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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 22.7.7 Código Postal		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s)		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer Apellido		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	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 1110133		27. NOMBRE Nombre(s)		28. FIRMA <i>Roberto Joaquin Camacho</i>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 19 de LAREDO 29.1 Tipo de vialidad 29.6 Nombre del asentamiento humano ciudad valles		29.2 Número de la vialidad 29.7 Código Postal 7910101		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano ciudad valles 014	
29.8 Localidad		29.10 Entidad federativa San Luis Potosí		29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____, Acta Número _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 01 10 2021	
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 3^{er} COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD