



41985401631  
1M195408

SECRETARÍA DE SALUD SINBA  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212251752

\*SILA 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



212251752

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Gabriel</u> Primer Apellido <u>Niebo</u> Segundo Apellido <u>Reyes</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>20</u> Mes <u>10</u> Año <u>1997</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
DEL FALLECIDO	5. CURP <u>NIRGIS40324HSPITYB03</u> Se ignora <input type="radio"/>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año o más: _____ Años cumplidos: _____	
DEL FALLECIDO	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle 90</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>C Morelos</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Localidad Antigua Tamuin</u>	
	10.3 Núm. Exterior <u>79226</u> 10.4 Núm. Interior <u>Tamuin</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamuin</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
DEL FALLECIDO	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4198540163-1M195408</u>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General <u>Zon 6 Ciudad Valles</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hogar</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Boulevard</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>México Laredo</u> 15.3 Núm. Exterior <u>914</u> 15.4 Núm. Interior <u>Fraccionamiento</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>19 de enero</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>09</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u> Horas <u>09</u> Minutos <u>00</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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>Choque séptico</u> 72 horas <u>RS72</u> b) <u>COVID-19</u> 9 días <u>U071</u> c) <u>Choque séptico</u> 72 horas <u>U071</u> d) <u>Hipertensión esencial (primaria)</u> 15 años <u>I10X</u> e) <u>Diabetes mellitus (asociada con dislipidemia)</u> 22 años <u>E129</u>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U071</u>	
	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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"/>	
	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 _____	
DEL FALLECIDO	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Boulevard</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>México Laredo</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>19 de enero</u>	
	22.7.3 Núm. Exterior <u>79226</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>Tamuin</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamuin</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
	22.7.7 Código Postal <u>79000</u> 22.7.8 Localidad <u>Tamuin</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
DEL FALLECIDO	23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Luis Alberto</u> Primer Apellido <u>Niebo</u> Segundo Apellido <u>Mercado</u>	
	24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique _____	
DEL FALLECIDO	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>09075257</u>	
	27. FIRMA <u>[Firma]</u>	
	28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vialidad <u>Boulevard</u> 28.2 Nombre de la vialidad <u>México Laredo</u> 28.3 Núm. Exterior <u>914</u> 28.4 Núm. Interior <u>19 de enero</u> 28.5 Tipo de asentamiento humano <u>19 de enero</u>	
DEL FALLECIDO	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Boulevard</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>México Laredo</u> 29.3 Núm. Exterior <u>914</u> 29.4 Núm. Interior <u>19 de enero</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>19 de enero</u>	
	29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>79000</u> 29.8 Localidad <u>Tamuin</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono _____	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>09</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>	
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 <u>Tamuin</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>09</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>	

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