



4170391047

SH1939PE

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SINBA

Modelo 2017.1
FOLIO

212251824

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

16.12.13 09:00



212251824

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		Babino Izaguirre Villegas		Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		19 02 1939		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		San Luis Potosí			
5. CURP 11AV6390219H5PZL800		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 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		Se ignora <input type="radio"/> 9			
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):	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		Colonia 1190160		10.1 Tipo de vialidad Calle	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano Calle Colonia		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad Ciudad Valles		10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		Se ignora <input type="radio"/> 99			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o <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 type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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 1149141-5W193912		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1190000		15.1 Tipo de vialidad Calle		15.2 Nombre de la vialidad 19 de Enero	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano Calle Colonia		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad Calle Colonia		15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
15.10 Entidad federativa		Se ignora <input type="radio"/> 99			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08 09 2021 00:10		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 checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ej/empleo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 hrs			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Usa exclusivo del personal codificador Código CIE J960			
a) <i>COVID-19</i> Debido a (o como consecuencia de)		3 meses			
b) <i>Neumonía viral</i> Debido a (o como consecuencia de)		3 meses			
c) <i>COVID-19</i> Debido a (o como consecuencia de)		3 meses			
d) <i>Hipertensión arterial</i>		11 años			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no contribuyeron con la enfermedad o estado morbo que la produjo		110X			
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 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve 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"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <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	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		22.4.1 Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 22.4.2 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 22.4.3 Otro <input type="radio"/> 8 22.4.4 Se ignora <input type="radio"/> 9			
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		22.7.11			
23. NOMBRE Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo 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 <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 Secretaría de Salud		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1934185		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
28. FIRMA		<i>Luis Pérez Martínez</i>			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 19 de Enero		29.1 Tipo de vialidad Calle Colonia		29.2 Nombre de la vialidad Méjico Laredo	
29.6 Nombre del asentamiento humano Calle Colonia		29.7 Código Postal 79100		29.8 Localidad Calle Colonia	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa San Luis Potosí		29.11 Teléfono 914	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 08 09 2021		Día Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____		32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____			

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