Modelo 2017.1

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 212251907

41-72-39-0064-7 SM1939PE

SINBA SAO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-13 Serv. 25 Med. 177

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A): Nombre(s): J. Felix; Primer Apellido: Gonzalez; Segundo Apellido: Gonzalez

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 29 Mes 11 Año 1939

3. SEXO: Hombre ● Mujer ○ Se ignora ○

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

5. CURP: GOGF391129HSPNNL08 Se ignora ○

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ No ● Se ignora ○

7. NACIONALIDAD: Mexicana ● Otra ○ → Especifique: Se ignora ○

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 082 Años cumplidos; Se ignora ○

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) ○ Viudo(a) ○ Casado(a) ● Divorciado(a) ○ Soltero(a) ○ En unión libre ○ Se ignora ○

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: Emiliano Zapata; 10.3 Núm. Exterior: s/n; 10.4 Núm. Interior: ___; 10.5 Tipo de asentamiento humano: Localidad; 10.6 Nombre del asentamiento humano: Estacion las Palmas; 10.7 Código Postal: 79220; 10.8 Localidad: Estacion las Palmas; 10.9 Municipio o Alcaldía: Tamuín; 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ● Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ Incompleta ●

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Campo; Se ignora ○
12.1 Trabajaba: Sí ● No ○ Se ignora ○

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Seg. Popular / INSABI ○ Otra ○ IMSS ● PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS BIENESTAR ○ Se ignora ○
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 41723900647 SM1939PE

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○ IMSS ● PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS BIENESTAR ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Otra unidad pública ○ Unidad médica privada ○ Vía pública ○ Otro lugar ○ Hogar ○ Se ignora ○
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona #06
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: México - 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: 79100; 15.8 Localidad: Ciudad Valles; 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 13 Mes 09 Año 2021 Horas 11 Minutos 39

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ○ No ○ Se ignora ○

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ No ○

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo de personal codificador Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria aguda asociado con COVID19	30min	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Sindrome inflamatorio multisistemico	48hrs	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) COVID-19	5días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Hipertension esencial	15años	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ El parto ○ El puerperio ○ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○

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 ○ Homicidio ○ Suicidio ○ Se ignora ○
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ No ○ Se ignora ○
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ Área deportiva ○ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Escuela u oficina pública ○ Área comercial o de servicio ○ Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ Granja (rancho o parcela) ○ Otro ○ Se ignora ○
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): Maria Santos; Primer Apellido: Nieto; Segundo Apellido: Guzman

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): ESPOSA

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ Médico legista ○ Otro médico* ● Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ Autoridad civil* ○ Otro* ○ *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 11132634

27. NOMBRE: Nombre(s): Jorge; Primer Apellido: Estrada; Segundo Apellido: Hervert

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard; 29.2 Nombre de la vialidad: México - 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: 79100; 29.8 Localidad: Ciudad Valles; 29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí; 29.11 Teléfono: ___

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 13 Mes 09 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 ___

*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

212251907

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

Versión pública