



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

212251908

41-07-87-3103-5

1M198X01

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 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



212251908

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Ceballos Salvador</u> Primer Apellido <u>Torres</u> Segundo Apellido <u>García</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>30</u> Mes <u>10</u> Año <u>1987</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>	
5. CURP <u>TOGCI871030HSPARL04</u> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos <u>03</u> Horas <u>33</u> Para menores de un día: Minutos <u>03</u> Horas <u>33</u> Para menores de un mes: Minutos <u>03</u> Horas <u>33</u> Para menores de un año o más: Años cumplidos <u>03</u> Meses <u>33</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle Matamoros</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Cardenas centro</u> 10.3 Núm. Exterior <u>59380</u> 10.4 Núm. Interior <u>59380</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cardenas</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>59380</u> 10.8 Localidad <u>Cardenas</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Cardenas</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Residencia</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Cardenas</u> 15.3 Núm. Exterior <u>70600</u> 15.4 Núm. Interior <u>70600</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cardenas</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>70600</u> 15.8 Localidad <u>Cardenas</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Cardenas</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>13</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u> Horas <u>16</u> Minutos <u>38</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> 14 días b) <u>Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19</u> 28 días c) <u>COVID-19</u> 28 días d) <u>obesidad</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U09.1</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"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
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? Si <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"/> 22.4 Añote 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>Residencia</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>Cardenas</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>70600</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>70600</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cardenas</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>70600</u> 22.7.8 Localidad <u>Cardenas</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Cardenas</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Edvard</u> Primer Apellido <u>Blasquez</u> Segundo Apellido <u>Diaz</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Número de la cédula profesional <u>1617882</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1617882</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Edvard</u> Primer Apellido <u>Blasquez</u> Segundo Apellido <u>Diaz</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Residencia</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Cardenas</u> 29.3 Núm. Exterior <u>70600</u> 29.4 Núm. Interior <u>70600</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cardenas</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>70600</u> 29.8 Localidad <u>Cardenas</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Cardenas</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>70600</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>13</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Cardenas</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Cardenas</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>13</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