



AL-92-73-0593-2
1 • 2M1961ER

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO S101A5
1915212251915212251915212251915
212251915

C-31		Nombre(s) <u>Norberto Rubio</u>		Primer Apellido <u>Martinez</u>	
DEL/DE LA FALLECIDO(A)		FECHA DE NACIMIENTO <u>06 06 1961</u>		SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
CURP <u>RJUMN610606H5PBR09</u>				ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores 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: <u>132</u>		8.2 Semanas de gestación: <u>Calle</u>		8.3 Peso (gramos): <u>10.1 Tipo de vialidad</u>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Colonia Apodaca</u>		10.4 Núm. Exterior <u>166613</u>		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Apodaca</u>	
10.7 Código Postal <u>28173</u>		10.8 Localidad <u>Coahuila</u>		10.9 Municipio o Alcaldía <u>Nuevo Leon</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>10.2 Nombre de la vialidad</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10		Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4491731593 - 2H196108</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General</u>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Mexico - Laredo</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>En su casa</u>		15.1 Tipo de vialidad <u>Fronterizo</u>		15.2 Nombre de la vialidad <u>19 de Noviembre</u>	
15.3 Núm. Exterior <u>7990100</u>		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Viales</u>		15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Coahuila</u>	
15.7 Código Postal <u>28173</u>		15.8 Localidad <u>Coahuila</u>		15.9 Municipio o Alcaldía <u>Mexico - Laredo</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>15 09 2021 02 25</u>		Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/>	
19. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de)			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa comentada anteriormente, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <u>Neumonía debida a otros virus</u> Debido a (o como consecuencia de)			
		c) <u>Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de)			
		d) <u>Hipertensión arterial (primaria)</u> <u>Infarto agudo del miocardio</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"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2		21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>5 días</u>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 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"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.6 Nombre del establecimiento <u>Area industrial (taller, fábrica o obra)</u>		22.7.1 Tipo de vialidad			
22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u>		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					
23. NOMBRE <u>Liliana Rubio</u>		Primer Apellido <u>Akala</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
Nombre(s)		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 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1979285</u> Número de la cédula profesional			
*Especifique					
27. NOMBRE <u>Julio Cesar Cortes</u>		Primer Apellido <u>Martinez</u>		28. FIRMA <u>M</u>	
Nombre(s)		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>En su casa - Laredo</u>		29.1 Tipo de vialidad <u>19 de Noviembre</u>		29.2 Nombre de la vialidad <u>7990100</u>	
29.3 Núm. Exterior <u>29.4 Núm. Interior</u>		29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Viales</u>		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>15 09 2021</u>		30.4 Día Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
31.1 Acta Núm. _____		32.1 Localidad _____			
		32.2 Municipio o Alcaldía _____			
		32.3 Entidad federativa _____			
		32.4 Día Mes Año _____			
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA COPIA PARA INTEGRARLA					

ATENCIÓN: LA UNIDAD MEDICA QUE CERTIFICO LA DEFUNCION DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD