41-64-34-1080-0
5m1934pe

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO 212251924

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-12
Serv 25
Medic 17

*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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A): Alberto (Nombre(s)) Paredes (Primer Apellido) Castillo (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 08 04 1933 (Día Mes Año)

3. SEXO: Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

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

5. CURP: PACA330408HSPRSL09 Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ● 1 Otra ○ 2 → Especifique Se ignora ○ 9

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: 088 (Años cumplidos) Se ignora ○ 9

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) ○ 6 Viudo(a) ○ 2 Casado(a) ● 5 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): 10.1 Tipo de vialidad: RTNO 10.2 Nombre de la vialidad: Lago de Cuitze
10.3 Núm. Exterior: 5 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 10.6 Nombre del asentamiento humano: obrera
10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: Tambaca 10.9 Municipio o Alcaldía: Tamasopo 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosi

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria ● 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato o preparatoria ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ 1 Incompleta ● 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Pensionado Se ignora ○ 99
12.1 Trabajaba Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seg. Popular / INSABI ○ 7 Otra ○ 8 IMSS ● 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS BIENESTAR ○ 10 Se ignora ○ 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4164341 5M1934PE

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○ 1 IMSS ● 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 IMSS BIENESTAR ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Unidad médica privada ○ 9 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General N-6
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 17 01 2021 (Día Mes Año) 06 13 (Horas Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí ○ 1 No ● 2

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 del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria aguda	2 dias	
	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) Neumonia debida a otros virus	4 dias	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Covid 19		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)	6 dias	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ 1 El parto ○ 2 El puerperio ○ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?: Sí ○ 1 No ○ 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?: Sí ○ 1 No ○ 2

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 ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?: Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2 Área deportiva ○ 3 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 9
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: Luis Gerardo (Nombre(s)) Paredes (Primer Apellido) Montalvo (Segundo Apellido)

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

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico* ● 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil* ○ 5 Otro* ○ 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 1974285

27. NOMBRE: Julio Cesar (Nombre(s)) Cortes (Primer Apellido) Martinez (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano
29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad
29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año

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

212251924

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

Documento de uso exclusivo para fines estadísticos