



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017 1

Models 26

212251979

212251979

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Oscar Fernando	Garcia	Camposano	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP GAC08104064SPRM504	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input 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 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
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"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	Vivienda <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	10.1 Tipo de vialidad Fraccionamiento	10.2 Nombre de la vialidad Morelos y Pavón	10.6 Nombre del asentamiento humano Cundad Valles	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí
10.3 Núm. Exterior 79090	10.4 Núm. Interior 10	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.9 Municipio o Alcaldía	10.6 Nombre del asentamiento humano
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	10.11 Vivienda <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Agente de Venta	12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Ciudad Valles	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior 79090	15.4 Núm. Interior 10	15.5 Tipo de asentamiento humano Fraccionamiento	15.6 Nombre del asentamiento humano Mexico-Laredo Sur Km 7	15.10 Entidad federativa San Luis Potosí
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.11 Vialidad Av. Línea	15.12 Número de seguridad social o afiliación
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 2009 10 02	Horas 00	Minutos 20	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Síndrome de dificultad respiratoria crónica 17 días			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía por COVID-19	c)	d)	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo 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 <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	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	
23. NOMBRE Nombre(s) Eglae	Primer Apellido Garcia	Segundo Apellido Camposano	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermana	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11290087	Número de la cédula profesional
27. NOMBRE Nombre(s) Julio Cesar Contreras	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Nombre(s) Calle 2. Jardino	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior 79090	29.4 Núm. Interior
29.6 Nombre del asentamiento humano Morelos y Pavón	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles	29.10 Entidad federativa San Luis Potosí	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20092021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad			