



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO

212253284

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS DEL CERTIFICANTE DEL REG. CIVIL		<p align="center">SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN</p> <p align="center">ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO</p> <p align="right">Modelo 2017.1 FOLIO 212253284</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)</td> <td colspan="2">Nombre(s)</td> <td colspan="2">Primer Apellido</td> <td colspan="2">Segundo Apellido</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año</td> <td colspan="2">3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></td> <td colspan="2">4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</td> <td colspan="2">San Luis Potosí</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5. CURP MORF700512MSPHDL00</td> <td colspan="2">Se ignora <input type="radio"/> 99</td> <td colspan="2">6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99</td> <td colspan="2">7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique Se ignora <input type="radio"/> 99</td> </tr> <tr> <td colspan="2">8. EDAD CUMPLIDA de una hora Minutos</td> <td colspan="2">Para menores de un día Horas</td> <td colspan="2">Para menores de un mes Días</td> <td colspan="2">Para menores de un año Meses</td> <td colspan="2">Para personas de un año o más Años cumplidos</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</td> <td colspan="2">8.2 Semanas de gestación:</td> <td colspan="2">8.3 Peso (gramos):</td> <td colspan="2">9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4</td> <td colspan="2">Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99</td> </tr> <tr> <td colspan="2">10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)</td> <td colspan="2">10.1 Tipo de vialidad Calle <input type="radio"/> Fondo <input type="radio"/></td> <td colspan="2">10.2 Nombre de la vialidad Moctezuma <input type="radio"/> El Sauzal <input type="radio"/></td> <td colspan="2">10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 797130</td> <td colspan="2">10.5 Tipo de asentamiento humano Tamaulipas <input type="radio"/></td> <td colspan="2">10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">10.7 Código Postal</td> <td colspan="2">10.8 Localidad</td> <td colspan="2">10.9 Municipio o Alcaldía</td> <td colspan="2">10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</td> <td colspan="2">10.11 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</td> <td colspan="2">12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</td> </tr> <tr> <td colspan="2">13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 SE oignora <input type="radio"/> 99</td> <td colspan="2">14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaria de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</td> <td colspan="2">14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Ciudad Valles <input type="radio"/></td> <td colspan="2">14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</td> <td colspan="2">15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle <input type="radio"/> Fronterizamipu <input type="radio"/></td> <td colspan="2">15.1 Tipo de vialidad Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 12 15.2 Nombre de la vialidad Mexico-Laredo Sur Kuz <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79090</td> <td colspan="2">15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles <input type="radio"/></td> <td colspan="2">15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí <input type="radio"/></td> <td colspan="2">15.7 Código Postal</td> <td colspan="2">15.8 Localidad</td> <td colspan="2">15.9 Municipio o Alcaldía</td> <td colspan="2">15.10 Entidad federativa</td> </tr> <tr> <td colspan="2">16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 20092021 03 43</td> <td colspan="2">17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</td> <td colspan="2">18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td colspan="2">a) <i>Sinfonitis de laringe</i> <input type="radio"/> Debido a (o como consecuencia de)</td> <td colspan="2">21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</td> <td colspan="2">21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</td> <td colspan="2">20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</td> <td colspan="2">Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</td> <td colspan="2">Uso exclusivo del personal codificador Código CIE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</td> <td colspan="2">b) <i>Neumonía por COVID-19</i> <input type="radio"/> Debido a (o como consecuencia de)</td> <td colspan="2">22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</td> <td colspan="2">22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2</td> <td colspan="2">22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo</td> <td colspan="2">c) <i>Diabetes Mellitus Tipo 2</i> <input type="radio"/> Debido a (o como consecuencia de)</td> <td colspan="2">22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</td> <td colspan="2">22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</td> <td colspan="2">22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</td> <td colspan="2">22.7.1 Tipo de vialidad</td> <td colspan="2">22.7.2 Nombre de la vialidad</td> </tr> <tr> <td colspan="2">22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 79090</td> <td colspan="2">22.7.5 Tipo de asentamiento humano</td> <td colspan="2">22.7.6 Nombre del asentamiento humano</td> <td colspan="2">22.7.7 Código Postal</td> <td colspan="2">22.7.8 Localidad</td> <td colspan="2">22.7.9 Municipio o Alcaldía</td> <td colspan="2">22.7.10 Entidad federativa</td> </tr> <tr> <td colspan="2">23. NOMBRE Nombre(s)</td> <td colspan="2">24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer Apellido</td> <td colspan="2">25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8</td> <td colspan="2">26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO *Especifique</td> <td colspan="2">27. NOMBRE Nombre(s)</td> <td colspan="2">28. FIRMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle <input type="radio"/> Fronterizamipu <input type="radio"/></td> <td colspan="2">29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 79090</td> <td colspan="2">29.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles <input type="radio"/></td> <td colspan="2">29.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles <input type="radio"/></td> <td colspan="2">29.7 Código Postal</td> <td colspan="2">29.8 Localidad San Luis Potosí <input type="radio"/></td> <td colspan="2">29.9 Municipio o Alcaldía</td> </tr> <tr> <td colspan="2">31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____</td> <td colspan="2">32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad</td> <td colspan="2">32.2 Municipio o Alcaldía</td> <td colspan="2">32.3 Entidad federativa</td> <td colspan="2">32.4 Día</td> <td colspan="2">32.5 Mes</td> <td colspan="2">32.6 Año</td> </tr> <tr> <td colspan="2">31.1 Acta Núm. _____</td> <td colspan="2">32.2 Municipio o Alcaldía</td> <td colspan="2">32.3 Entidad federativa</td> <td colspan="2">32.4 Día</td> <td colspan="2">32.5 Mes</td> <td colspan="2">32.6 Año</td> </tr> </table>										1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		San Luis Potosí		5. CURP MORF700512MSPHDL00		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique Se ignora <input type="radio"/> 99		8. EDAD CUMPLIDA 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 Años cumplidos		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"/> 4		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad Calle <input type="radio"/> Fondo <input type="radio"/>		10.2 Nombre de la vialidad Moctezuma <input type="radio"/> El Sauzal <input type="radio"/>		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 797130		10.5 Tipo de asentamiento humano Tamaulipas <input type="radio"/>		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí <input type="radio"/>		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 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 SE oignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaria de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Ciudad Valles <input type="radio"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle <input type="radio"/> Fronterizamipu <input type="radio"/>		15.1 Tipo de vialidad Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 12 15.2 Nombre de la vialidad Mexico-Laredo Sur Kuz <input type="radio"/>		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79090		15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles <input type="radio"/>		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí <input type="radio"/>		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 20092021 03 43		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		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) <i>Sinfonitis de laringe</i> <input type="radio"/> Debido a (o como consecuencia de)		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <i>Neumonía por COVID-19</i> <input type="radio"/> Debido a (o como consecuencia de)		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		c) <i>Diabetes Mellitus Tipo 2</i> <input type="radio"/> Debido a (o como consecuencia de)		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 79090		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)		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer Apellido		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO *Especifique		27. NOMBRE Nombre(s)		28. FIRMA		29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle <input type="radio"/> Fronterizamipu <input type="radio"/>		29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 79090		29.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles <input type="radio"/>		29.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles <input type="radio"/>		29.7 Código Postal		29.8 Localidad San Luis Potosí <input type="radio"/>		29.9 Municipio o Alcaldía		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año		31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año	
1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido																																																																																																																																																																																																																	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		San Luis Potosí																																																																																																																																																																																																																	
5. CURP MORF700512MSPHDL00		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																																																																																																																																																																	
8. EDAD CUMPLIDA 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 Años cumplidos																																																																																																																																																																																																															
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"/> 4		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																																																																																																																																																															
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad Calle <input type="radio"/> Fondo <input type="radio"/>		10.2 Nombre de la vialidad Moctezuma <input type="radio"/> El Sauzal <input type="radio"/>		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 797130		10.5 Tipo de asentamiento humano Tamaulipas <input type="radio"/>		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
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 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																																																																																																																																																													
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 SE oignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaria de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Ciudad Valles <input type="radio"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle <input type="radio"/> Fronterizamipu <input type="radio"/>		15.1 Tipo de vialidad Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 12 15.2 Nombre de la vialidad Mexico-Laredo Sur Kuz <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79090		15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles <input type="radio"/>		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí <input type="radio"/>		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa																																																																																																																																																																																																											
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 20092021 03 43		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2																																																																																																																																																																																																																			
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) <i>Sinfonitis de laringe</i> <input type="radio"/> Debido a (o como consecuencia de)		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE																																																																																																																																																																																																											
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <i>Neumonía por COVID-19</i> <input type="radio"/> Debido a (o como consecuencia de)		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																																																																																																																																																															
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		c) <i>Diabetes Mellitus Tipo 2</i> <input type="radio"/> Debido a (o como consecuencia de)		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 79090		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)		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer Apellido		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO *Especifique		27. NOMBRE Nombre(s)		28. FIRMA																																																																																																																																																																																																													
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle <input type="radio"/> Fronterizamipu <input type="radio"/>		29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 79090		29.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles <input type="radio"/>		29.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles <input type="radio"/>		29.7 Código Postal		29.8 Localidad San Luis Potosí <input type="radio"/>		29.9 Municipio o Alcaldía																																																																																																																																																																																																											
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año																																																																																																																																																																																																											
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año																																																																																																																																																																																																													

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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**
DE LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES



212253284