



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212253286

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO *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 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		1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Hermelindo Coutiéras Nombre(s) Chavez Segundo Apellido 2. FECHA DE NACIMIENTO 31/01/964 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 COCH641031HSPNHR03 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/> 8. EDAD Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos 57 Se ignora <input type="radio"/> 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle Coutiéras S/N 10.3 Núm. Exterior 79767 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Acaruan 10.7 Código Postal 10.6 Nombre del asentamiento humano Tampaxal San Luis Potosí 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL Campo Se ignora <input type="radio"/> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital General de Ciudad Valles 14.1 Nombre de la unidad médica Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN carretera Méjico-Laredo Su km-7 Fraccionamiento Oxítox 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 79090 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.6 Nombre del asentamiento humano 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/09/2021 21040 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" 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) Enfermedad de difícil respiración grave Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) Diabetes Mellitus Tipo 2 Debido a (o como consecuencia de) d) 6 días 6 días PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 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 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 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"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 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 Ismael 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) U.ijo Nombre(s) Primer Apellido 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 Otra <input type="radio"/> 8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11290087 27. NOMBRE Julio César 28. FIRMA SC Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 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 Oxítox Méjico-Laredo Su km-7 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.11 Teléfono Ciudad Valles 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23/09/2021 Día Mes Año 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	
--	--	--	--



212253286

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL