



09-06-79 - 0998-7  
1M193905

**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017.1

FOLIO

**212253314**

C-3

*Spizella*

23

M. 82

**DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**  
**TIPOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN**

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE Sujetos OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

卷之三

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Efrén	Villalon	Rodríguez				
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO	01/09/1979	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			
5. CURP	VTFRE790801HSPLDFO1	6. SE IGNORA	<input type="checkbox"/> 99	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos <input checked="" type="checkbox"/>	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="checkbox"/> 1 Otra <input checked="" type="checkbox"/> 2 Especifique			
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	7. NACIONALIDAD	Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	calle	20 de Noviembre	10.2 Nombre de la vialidad				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	vista Hermosa	10.6 Número del asentamiento humano				
790010	calle	ciudad Valles	ciudad Valles	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7	Primaria <input type="checkbox"/> 3 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8	Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Polaca Huasteca <input type="checkbox"/> 12.1 Trabaja <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 3 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 4	SEG. Popular / INSABI <input type="checkbox"/> 7 SEMAR <input type="checkbox"/> 6	Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	14.1 Número de la unidad médica	0906790998-1M197902	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 3 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEDENA <input type="checkbox"/> 6	SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	Hospital General de Zona 6 <input type="checkbox"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15.1 Tipo de vialidad	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Hogar <input type="checkbox"/> 11	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	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
790000	790000	790000	ciudad Valles	ciudad Valles	790000	ciudad Valles	ciudad Valles	790000
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?						
17.09 2021 15:11	Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9						
Dia Mes Año Horas Minutos	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, asfixia, etc.)	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE						
PARTE I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte						
a) síndrome de dificultad respiratoria del adulto Debido a (o como consecuencia de)		20 días						
b) Neumonía viral Debido a (o como consecuencia de)		24 días						
c) COVID - 19 Debido a (o como consecuencia de)		24 días						
d)								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morbosos que la produjo		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador					
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 4 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4	El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> 6 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9				
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	22.7.1 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	Diana Berenice González	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4	Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
	sobrector medico	*Especifique	1617882 Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE	Eduardo Blasquez	28. FIRMA						
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			
1a de Mayo	Av. 1 de Mayo	Av. 1 de Mayo	Av. 1 de Mayo	Av. 1 de Mayo	Av. 1 de Mayo			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
ciudad Valles	790000	ciudad Valles	011	17/09/2021				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día Mes Año					
ciudad Valles	San Luis Potosí	011	17/09/2021					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
Núm. Libro Núm.	32.1 Localidad							
31. Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año					
	32.9.1 Localidad	32.9.2 Municipio o Alcaldía	32.9.3 Entidad federativa					

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