



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOCUS

212254260

2254260

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)			Nombre(s) <i>Gerónimo</i>			Primer Apellido <i>Gómez</i>			Segundo Apellido <i>Gómez</i>					
2. FECHA DE NACIMIENTO 30/12/1917			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SLP								
5. CURP G0G6731230HSPN1203			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2			Se ignora <input type="radio"/> 9					
8. EDAD CUMPLIDA de una hora			Para menores de un día Minutos			Para menores de un mes Horas			Para menores de un año Días					
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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			10.1 Tipo de vialidad <i>Carrerita</i>			10.2 Nombre de la vialidad <i>Flexiro Laredo</i>			10.6 Nombre del asentamiento humano <i>Alvaro Obregon</i>					
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <i>19160</i>			10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Colonia</i>			10.9 Municipio o Alcaldía <i>Cd. Valles</i>			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>S.L.P.</i>					
10.7 Código Postal <i>41100</i>			10.8 Localidad			11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2			12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Agricultor</i>					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8			13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6			14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General Valles.</i>					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>km 7</i>			15.1 Tipo de vialidad <i>Carretera</i>			15.2 Nombre de la vialidad <i>Flexiro Laredo</i>			15.6 Nombre del asentamiento humano <i>Oxígeno</i>					
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <i>19190</i>			15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Col. Valles</i>			15.8 Localidad			15.10 Entidad federativa <i>S.L.P.</i>					
15.7 Código Postal <i>41100</i>			15.9 Municipio o Alcaldía			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"/> 9			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, <i>ejemplo</i> : paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			a) <i>Inhalación Respiratoria Aguda</i>			b) <i>Falla Orgánica Múltiple</i>			c) <i>Insuficiencia Hepática</i>			d) <i>Neumonía por SARS Cov 2</i>		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica														
20. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año <i>21 12 1917</i>			15.10 Entidad federativa <i>S.L.P.</i>			15.11 Vía pública <i>Carretera</i>			15.12 Otro lugar <i>Alvaro Obregon</i>			15.13 Hogar <i>Col. Valles</i>		
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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Homicidio <input type="radio"/> 2 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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva (calle o carretera) <input type="radio"/> 3 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <i>Ejecutivo</i>					
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <i>22.6</i>			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 <i>22.7.3</i>			22.7.5 Tipo de asentamiento humano			22.7.6 Nombre del asentamiento humano <i>Col. Valles</i>			22.7.10 Entidad federativa <i>S.L.P.</i>					
22.7.7 Código Postal <i>41100</i>			22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o Alcaldía								
23. NOMBRE Nombre(s) <i>Karina</i>			Primer Apellido <i>Ramirez</i>			Segundo Apellido <i>Fernandez</i>			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Conyuge</i>					
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 <i>12121703</i>			26.1 Número de la cédula profesional								
27. NOMBRE Nombre(s) <i>Karina</i>			27.1 Localidad			27.2 Nombre de la vialidad			27.3 Núm. Exterior 27.4 Núm. Interior <i>22.7.3</i>					
29. DOMICILIO y TELÉFONO Nombre(s) <i>Karina</i>			29.1 Tipo de vialidad <i>Carretera</i>			29.2 Nombre de la vialidad <i>Flexiro Laredo</i>			29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior <i>41100</i>					
29.6 Nombre del asentamiento humano <i>Col. Valles</i>			29.7 Código Postal <i>7910940</i>			29.8 Localidad			29.5 Tipo de asentamiento humano <i>Col. Valles</i>					
29.9 Municipio o Alcaldía <i>Cd. Valles</i>			29.10 Entidad federativa <i>S.L.P.</i>			29.11 Teléfono <i>5555555555</i>			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>01/10/2021</i>					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <i>1234567890</i> , Libro Núm. <i>1234567890</i>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad											