SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO 212718205

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

212718205

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)
Nombre(s): [illegible] — Primer Apellido: [illegible] — Segundo Apellido: [illegible]

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 02 Mes 02 Año 1949

3. SEXO Hombre (1) Mujer (2) Se ignora (9)

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP MAMC490202MSPRRR08 Se ignora (99)

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí (1) No (2) Se ignora (9)

7. NACIONALIDAD Mexicana (1) Otra (2) → Especifique — Se ignora (9)

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 073 Años cumplidos; Se ignora (9)

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) (6) Viudo(a) (2) Casado(a) (5) En unión libre (4) Divorciado(a) (3) Soltero(a) (1) Se ignora (9)

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad: MARIANO ESCOBEDO — 10.2 Nombre de la vialidad:
10.3 Núm. Exterior: 239 — 10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano:
10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal:
10.8 Localidad: LA REFORMA
10.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

11. ESCOLARIDAD Ninguna (1) Preescolar (12) Primaria (3) Secundaria (5) Bachillerato o preparatoria (7) Profesional (8) Posgrado (10) Se ignora (99)
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (1) Incompleta (2)

12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero — Se ignora (99)
12.1 Trabajaba Sí (1) No (2) Se ignora (9)

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna (1) ISSSTE (3) SEDENA (5) Seg. Popular / INSABI (7) Otra (8) IMSS (2) PEMEX (4) SEMAR (6) IMSS BIENESTAR (10) Se ignora (99)
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud (1) IMSS (3) PEMEX (5) SEMAR (7) IMSS BIENESTAR (2) ISSSTE (4) SEDENA (6) Otra unidad pública (8) Unidad médica privada (9) Vía pública (10) Otro lugar (12) Hogar (11) Se ignora (99)
14.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL COMUNITARIO TAMAZUNCHALE
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SLPSSA001703

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera san martin tamazunchale km 6.5
15.2 Nombre de la vialidad:
15.3 Núm. Exterior: SN — 15.4 Núm. Interior: SN
15.5 Tipo de asentamiento humano:
15.6 Nombre del asentamiento humano:
15.7 Código Postal: 79960
15.8 Localidad: EJIDO LA PITAYA
15.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE
15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 10 Mes 02 Año 2022 Horas 04 Minutos 40

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (1) No (2) Se ignora (9)

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí (1) No (2)

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	24 horas	
	Debido a (o como consecuencia de):		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	7 días	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	c) CASO SOSPECHOSO DE COVID 19	10 días	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	d) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	2 años	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 (1) El parto (2) El puerperio (3) 43 días a 11 meses después del parto o aborto (4) No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte (5)
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí (1) No (2)
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí (1) No (2)

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente (1) Homicidio (2) Suicidio (3) Se ignora (9)
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí (1) No (2) Se ignora (9)
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular (0) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) (1) Escuela u oficina pública (2) Área deportiva (3) Calle o carretera (vía pública) (4) Área comercial o de servicio (5) Área industrial (taller, fábrica u obra) (6) Granja (rancho o parcela) (7) Otro (8) Se ignora (9)
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

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s): MARIA GUADALUPE — Primer Apellido: MARTINEZ — Segundo Apellido: HERNANDEZ

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJA

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante (1) Médico legista (2) Otro médico* (3) Persona autorizada por la Secretaría de Salud (4) Autoridad civil* (5) Otro* (8) *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 5402348

27. NOMBRE Nombre(s): THALIA ANAID — Primer Apellido: RODRIGUEZ — Segundo Apellido: PARRA

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA — 29.2 Nombre de la vialidad: SAN MARTIN TAMAZUNCHALE KM 6.5 — 29.3 Núm. Exterior — 29.4 Núm. Interior — 29.5 Tipo de asentamiento humano
29.6 Nombre del asentamiento humano: EJIDO LA PITAYA — 29.7 Código Postal: 79960 — 29.8 Localidad
29.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale — 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI — 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 10 Mes 02 Año 2022

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____
31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o Alcaldía — 32.3 Entidad federativa — 32.4 Día Mes Año