SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO 212718442

*SI LA DEFUNCION 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

212718442

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A): Nombre(s): Noe; Primer Apellido: Mendez; Segundo Apellido: Gonzalez

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 02 Mes 04 Año 1980

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

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

5. CURP: MEGN800402HSPNNX07 Se ignora ( ) 99

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

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 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 041 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) (X) 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: Calle; 10.2 Nombre de la vialidad: Vicente Guerrero; 10.3 Núm. Exterior: S/N; 10.4 Núm. Interior: ___; 10.5 Tipo de asentamiento humano: Barrio; 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Jose; 10.7 Código Postal: 79960; 10.8 Localidad: Tamazunchale; 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 (X) 3 Secundaria ( ) 5 Bachillerato o preparatoria ( ) 7 Profesional ( ) 8 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (X) 1 Incompleta ( ) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Herrería; Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba Sí (X) 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 (X) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 IMSS BIENESTAR ( ) 10 Se ignora ( ) 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 0994771798

DE LA DEFUNCIÓN

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

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Boulevard; 15.2 Nombre de la vialidad: Mexico Laredo; 15.3 Núm. Exterior: 914; 15.4 Núm. Interior: ___; 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento; 15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de enero; 15.7 Código Postal: 79105 19; 15.8 Localidad: Ciudad Valles; 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 02 Mes 01 Año 2022 Horas 16 Minutos 55

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ( ) 1 No (X) 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) Meningitis, no especificada	15 dias	G039
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Arteritis cerebral	17 días	I677
	c) Criptococosis cerebral	2 meses	B451
	d) Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana VIH	2 meses	B24X
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: B24X

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): Laura; Primer Apellido: Flores; Segundo Apellido: Martinez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Esposa

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ( ) 1 Médico legista ( ) 2 Otro médico* (X) 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: 3602707

27. NOMBRE: Nombre(s): Ruben Alberto; Primer Apellido: Maldonado; Segundo Apellido: Ibarra

28. FIRMA: RAIbarra

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard; 29.2 Nombre de la vialidad: Mexico Laredo; 29.3 Núm. Exterior: 914; 29.4 Núm. Interior: ___; 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento; 29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de enero; 29.7 Código Postal: 79105 19; 29.8 Localidad: Ciudad Valles; 29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosi; 29.11 Teléfono: ___

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 02 Mes 01 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: ___

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA