



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

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

Modelo 2017.

**212718485**

**212718485**

484 - 1161 - 6619

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Nombre(s) <i>Maria de la Luz Ramiro Barrios</i>		Primer Apellido	Segundo Apellido
	2. FECHA DE NACIMIENTO <i>05/06/1924</i>	Dia Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>S.L.P.</i>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <i>LABL2A0605MSMR209</i>	Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 Años cumplidos <i>097</i>	
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 type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Vivienda <i>Negrete</i> 8.1 Número de la vialidad <i>Zona Centro</i>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	10.1 Tipo de vialidad <i>Calle Colonia</i>	10.2 Nombre de la vialidad <i>Calle Valles</i>			
10.3 Núm. Exterior <i>732</i>	10.4 Núm. Interior <i>7-1000</i>	10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Cd. Valles</i>	10.6 Nombre del asentamiento humano <i>S. L. P.</i>		
10.7 Código Postal <i>78100</i>	10.8 Localidad <i>Cd. Valles</i>	10.9 Municipio o Alcaldía <i>Cd. Valles</i>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 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 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99		
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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General Cd. Valles.</i>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>km7</i>	15.1 Tipo de vialidad <i>Tarjetón Colonia</i>	15.2 Nombre de la vialidad <i>Méjico Tarjetón sur</i>			
15.3 Núm. Exterior <i>7-1000</i>	15.4 Núm. Interior <i>Cd. Valles</i>	15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Cd. Valles</i>	15.6 Nombre del asentamiento humano <i>S. L. P.</i>		
15.7 Código Postal <i>78100</i>	15.8 Localidad <i>Cd. Valles</i>	15.9 Municipio o Alcaldía <i>Cd. Valles</i>	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>17/01/2022 15:25</i>	Día Mes Año	Horas Minutos	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"/> 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) <i>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda agudas</i> Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) <i>Neumonía por Sars cov2 (varienta) agudas</i> Debido a (o como consecuencia de)				
	c) Debido a (o como consecuencia de)				
	d) Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo 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 <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 estuve 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	Uso exclusivo del personal codificador 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 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	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 <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 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>Amigo</i>		
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 <i>km7</i>	22.7.4 Núm. Interior <i>7-1000</i>	22.7.5 Tipo de asentamiento humano <i>Cd. Valles</i>	22.7.6 Nombre del asentamiento humano <i>S. L. P.</i>		
22.7.7 Código Postal <i>78100</i>	22.7.8 Localidad <i>Cd. Valles</i>	22.7.9 Municipio o Alcaldía <i>Cd. Valles</i>	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE Nombre(s) <i>Blanca Ruth Hernández Ortiz</i>	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
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 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>6525303</i>		
27. NOMBRE Nombre(s) <i>Blanca Ruth Hernández Ortiz</i>	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA <i>Blanca Ruth Hernández Ortiz</i>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Nombre del asentamiento humano <i>Cd. Valles</i>	29.1 Tipo de vialidad <i>Tarjetón Lázaro Cárdenas Km7</i>	29.2 Nombre de la vialidad <i>790910</i>	29.3 Núm. Exterior <i>km7</i>		
29.4 Núm. Interior <i>7-1000</i>	29.5 Tipo de asentamiento humano <i>Cd. Valles</i>	29.6 Código Postal <i>78100</i>	29.7 Localidad <i>S. L. P.</i>		
29.8 Municipio o Alcaldía <i>Cd. Valles</i>	29.9 Entidad federativa <i>S. L. P.</i>	29.10 Teléfono <i>4813813151</i>	29.11 Telefono		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <i>17/01/2022</i>			
31.1 Acta Núm. _____					