SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212718752

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s): Hector — Primer Apellido: Mata — Segundo Apellido: Curiel

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 12 Mes 02 Año 1967

3. SEXO Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO S.L.P. (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP MAC H670212HSPTRC09 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: Años cumplidos: 054 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: Calle — 10.2 Nombre de la vialidad: Rio Nelson
10.3 Núm. Exterior: 615 — 10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Praderas del Rio
10.7 Código Postal: 79030 — 10.8 Localidad: Cd. Valles — 10.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): S.L.P

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 Taxista — 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 General cd. valles
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera — 15.2 Nombre de la vialidad: Mexico - Laredo Sur
15.3 Núm. Exterior: km 7 — 15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Oxitipa
15.7 Código Postal: 79090 — 15.8 Localidad: Cd. Valles — 15.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles — 15.10 Entidad federativa: S.L.P

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 25 Mes 01 Año 2022 — Horas 15 Minutos 45

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) Choque Cardiogenico	24 hrs	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Sindrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda	15 días	
	c) Neumonia Viral por covid-19	19 días	
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Enfermedad Renal crónica	2 años	
	Hipertensión Arterial / DM2	Buena	

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 Área deportiva ○ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Escuela u oficina pública ○ 2 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 herramienta que tenía el presunto agresor en 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): Arasfary — Primer Apellido: Soni — Segundo Apellido: Mata

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

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: el de Turno

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 6525293

27. NOMBRE Nombre(s): Blanca Ruth — Primer Apellido: Hernández — Segundo Apellido: Cadiz

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera — 29.2 Nombre de la vialidad: Mexico Laredo — 29.3 Núm. Exterior: km 7 — 29.4 Núm. Interior: — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Oxitipa — 29.7 Código Postal: 79090 — 29.8 Localidad: Cd. Valles
29.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles — 29.10 Entidad federativa: S.L.P — 29.11 Teléfono: 481 3826179

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 25 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

212718752

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

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P. RABAJO SOCIAL