SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212718754

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

212718754

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s): Vicente Primer Apellido: Santiago Segundo Apellido: del Angel

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 19 Mes 07 Año 1955

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

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

5. CURP SIAV550719HZNNC016 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 66 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: Calle 10.2 Nombre de la vialidad: Antonio Meras
10.3 Núm. Exterior: S/N 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 10.6 Nombre del asentamiento humano: Leopoldo Zapata
10.7 Código Postal: 79020 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

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 Trabajador 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 Ciudad
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SLPSSA000356

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera 15.2 Nombre de la vialidad: Mexico Laredo
15.3 Núm. Exterior: Km 7 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Terracería 15.6 Nombre del asentamiento humano: Oxitipa
15.7 Código Postal: 79090 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 26 Mes 01 Año 2022 Horas 16 Minutos 20

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	12 hrs	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de): Neumonía Grave	10 días	
	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 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:

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

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): Armando Primer Apellido: Santiago Segundo Apellido: del Angel

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

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: 11567110

27. NOMBRE Nombre(s): Edgar Manuel Primer Apellido: Gomez Segundo Apellido: Martinez

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Avenida 29.2 Nombre de la vialidad: Abraham Lincoln 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Terracería
29.6 Nombre del asentamiento humano: Oxitipa 29.7 Código Postal: 79020 29.8 Localidad:
29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 26 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 INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD