



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO  
212722320

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Alfonso Adrián Flores</u> Primer Apellido <u>Xuella</u> Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>1992</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>FI01XIA92110101INSIFILVLL05</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u>  </u> Minutos Para menores de un día <u>  </u> Horas Para menores de un mes <u>  </u> Días Para menores de un año <u>  </u> Meses Para personas de un año o más <u>10</u> Años cumplidos <u>3</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle San Antonio de Padilla</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>SN</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Barrio Tepetzintla</u> 10.3 Núm. Exterior <u>795720</u> 10.4 Núm. Interior <u>  </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Atlixco</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>795720</u> 10.8 Localidad <u>Atlixco</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Atlixco</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>  </u>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Vallés</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SPSSA0000256</u> 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>México-Laredo Km 7</u> 15.3 Núm. Exterior <u>79090</u> 15.4 Núm. Interior <u>  </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Oxiltipa</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>79090</u> 15.8 Localidad <u>Oxiltipa</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Oxiltipa</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2022</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>18</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Acidosis</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> b) <u>Neumonía Atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> c) <u>Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> d) <u>  </u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo <u>  </u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>24 horas</u> <u>5 días</u> <u>5 días</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>  </u>		
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 después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
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"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>  </u>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>  </u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>  </u>		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>  </u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>  </u> 22.7.4 Núm. Interior <u>  </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>  </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>  </u> 22.7.7 Código Postal <u>  </u> 22.7.8 Localidad <u>  </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>  </u> 22.7.10 Entidad federativa <u>  </u>				
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Octaviano</u> Primer Apellido <u>Sebastian</u> Segundo Apellido <u>Barahona</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Cuñado</u>		
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 <u>Medico de Urgencia</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>AE-28092</u>		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Jonas Adolfo</u> Primer Apellido <u>Herrera</u> Segundo Apellido <u>Calderon</u>		28. FIRMA <u>  </u>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>México-Laredo Km 7</u> 29.3 Núm. Exterior <u>79090</u> 29.4 Núm. Interior <u>  </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Oxiltipa</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Oxiltipa</u> 29.7 Código Postal <u>79090</u> 29.8 Localidad <u>Oxiltipa</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Oxiltipa</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>41812821170</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2022</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>  </u> , Libro Núm. <u>  </u> 31.1 Acta Núm. <u>  </u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>  </u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>  </u> 32.3 Entidad federativa <u>  </u> 32.4 Día <u>  </u> Mes <u>  </u> Año <u>  </u>		

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



212722320