



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO
212722320

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 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	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>María Adriana Flores</u> Primer Apellido <u>Xuila</u> Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>1972</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)		
	5. CURP <u>F101A1972110101NSFLXU</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: 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 <u>43</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:
	8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 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>San Antonio de Padilla</u> 10.3 Núm. Exterior <u>795770</u> 10.4 Núm. Interior <u>795770</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tepetzintla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Matlacha</u> 10.7 Código Postal <u>795770</u> 10.8 Localidad <u>Matlacha</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 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 checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Tercera <input type="radio"/> 6 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 checked="" type="radio"/> 2
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		12.2 Ocupación <u>Trabajadora</u>	
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 checked="" 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 Hospital General de Vallas <input checked="" type="radio"/> 8 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 Vallas</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SPSSA01002356</u> Via 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 15.1 Tipo de vialidad <u>Carrilera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>México Lavada Km 7</u> 15.3 Núm. Exterior <u>795770</u> 15.4 Núm. Interior <u>795770</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tepetzintla</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Oxiltipa</u> 15.7 Código Postal <u>795770</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Vallas</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>07</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 PRACTICÓ 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) b) <u>Neumonía atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>29</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>29 horas</u> <u>5 días</u> <u>5 días</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	
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 (taller, fábrica u obra) (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 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)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>2022-07-10-001</u>	
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad <u>SN</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>San Luis Potosí</u>	
22.7.3 Núm. Exterior <u>795770</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>795770</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tepetzintla</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Oxiltipa</u>		22.7.7 Código Postal <u>795770</u> 22.7.8 Localidad <u>Ciudad</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Vallas</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) <u>Octaviano</u> Primer Apellido <u>Sebastian</u> Segundo Apellido <u>Bartola</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 <u>Medico de Urgencia</u> *Especifique <u>AT-28092</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>AT-28092</u>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Jonas Adolfo Herrera</u> Primer Apellido <u>Adame</u> Segundo Apellido <u>Adame</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carrilera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>México Lavada Km 7</u> 29.3 Núm. Exterior <u>795770</u> 29.4 Núm. Interior <u>795770</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Oxiltipa</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad</u> 29.7 Código Postal <u>795770</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Vallas</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>418118211170</u>			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>07</u> Año <u>2022</u>			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> , Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Vallas</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Vallas</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>10</u> Mes <u>07</u> Año <u>2022</u>	



SERVICIOS DE SALUD
SAN LUIS POTOSÍ
HOSPITAL GENERAL
CD. VALLES, S.L.P.
RABAIO SOCIA

212722320

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