



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 1914
FOLIO

140681351

*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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Ma Engracia</u> Apellido paterno <u>Mendoza</u> Apellido materno <u>Hernandez</u>			
2. CURP <u>MEHE4411121MSPNRN03</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO <u>48</u> Kilogramos <u>0</u> Gramos	7. TALLA <u>1.55</u> Metros <u>0</u> Centímetros
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u>0</u> Minutos Para menores de un día <u>0</u> Horas Para menores de un mes <u>0</u> Días Para menores de un año <u>0</u> Meses Para personas de un año o más <u>70</u> Años cumplidos		8. FECHA DE NACIMIENTO <u>21</u> Día <u>11</u> Mes <u>19</u> Año <u>44</u>	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>0</u>		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>Flor de Azahar No 9</u> 11.1 Calle y número <u>Rivera</u> 11.2 Colonia <u>El Jaban</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Amo de casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>SPSSA000945</u>	

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica <u>SPSSA000945</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SPSSA000945</u>	Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Jama 42</u> 16.1 Calle y número <u>Rivera</u> 16.2 Colonia <u>San Luis Potosí</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>22</u> Día <u>11</u> Mes <u>2014</u> Año <u>18</u> Horas <u>20</u> Minutos		18. ¿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"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. 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>Choque hipovolémico.</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Intoxicación por Aguda</u> b) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipertensión Arterial</u> c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipertensión Arterial</u> d) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipertensión Arterial</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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 type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>000</u>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 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 servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <u>000</u>
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>000</u>		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u>000</u>		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u>000</u> 23.7.2 Colonia <u>000</u> 23.7.3 Localidad <u>000</u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>000</u> 23.7.5 Entidad federativa <u>000</u>				