

[illegible]



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

Modelo 2015
FOLIO

150673269

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Luis</u> Apellido paterno <u>Chavez</u> Apellido materno <u>Lopez</u>			
2. CURP <u>_____</u>		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. PESO <u>61</u> Kilogramos <u>000</u> Gramos	7. TALLA <u>1</u> Metros <u>55</u> Centímetros
9. 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>04</u> Años cumplidos Se ignora ☐ 9		8. FECHA DE NACIMIENTO <u>24</u> Día <u>12</u> Mes <u>19</u> Año <u>30</u>	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>_____</u>		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☒ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>Brizas y Zocalo 415</u> <u>la pimienta</u> <u>ciudad valles</u> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Posgrado ☐ 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>ama de casa</u> Se ignora ☐ 99 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2405893075-8</u>	

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8		15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Valles</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>_____</u> Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Carr Mexico Lareda</u> <u>Exitipa</u> <u>ciudad Valles</u> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa			

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>28</u> Día <u>01</u> Mes <u>12</u> Año <u>15</u> <u>20</u> Horas <u>45</u> Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 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>Cáncer cervicouterino metastásico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>_____</u> 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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>8 días</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>_____</u>	
---	--	--	--

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2		Uso exclusivo del personal codificador 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>_____</u>	
--	--	---	--	--	--	---	--

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		23.3 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 servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <u>_____</u>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>_____</u>		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u>_____</u>			

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u>_____</u> 23.7.2 Colonia <u>_____</u> 23.7.3 Localidad <u>_____</u>		
--	--	--

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.

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS