



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

Modelo 2015
FOLIO

150673408

*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Faustino Santillan Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
2. CURP S A A P 2 5 0 2 1 5 H S P N V S 0 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	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 45.000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.60 Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 15/02/1925 Día Mes Año	
9. 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 89 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input 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) Ferrocarril #49 San Rafael Calle y número Colonia Ciudad Valles San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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 checked="" 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 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"/> 4 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2402129350-9		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 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 Hospital General Cd. Valles 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) S P S S A 0 0 0 3 5 6		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera Mexico-Laredo Km7 Fraccionamiento Oxitipa Calle y número Colonia Ciudad Valles San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/02/2015 20:00 Día Mes Año Horas Minutos		
18. ¿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		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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) Choque Hemodinámico Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Choque Hipovolémico Debido a (o como consecuencia de) c) Deshidratación severa Debido a (o como consecuencia de) d) Gastroenteritis Aguda PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Secuelas de tuberculosis pulmonar		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 30 minutos 6 horas 24 horas 4 días Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
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 checked="" type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 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)?		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.8 Descripción de la lesión		
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		
23.7.3 Localidad		23.7.4 Municipio o delegación		

*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 Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD

DEL FALLECIDO

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/>	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Carretera México-Laredo Km7, Fraccionamiento Oxitipa, Ciudad Valles 11.2 Colonia San Rafael 11.3 Localidad San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación San Luis Potosí 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2402129350-9

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	15.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Cd. Valles 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) S P S S A 0 0 0 3 5 6 15.3 Localidad San Luis Potosí 15.4 Municipio o delegación San Luis Potosí 15.5 Entidad federativa
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número Carretera México-Laredo Km7, Fraccionamiento Oxitipa, Ciudad Valles 16.2 Colonia San Rafael 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1 0 0 2 2 0 1 5 2 0 : 0 0 Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

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) Choque Cardiogénico Debido a (o como consecuencia de) b) Choque Hipovolémico Debido a (o como consecuencia de) c) Deshidratación severa Debido a (o como consecuencia de) d) Gastroenteritis Aguda PARTE II Otros estados patológicos, o la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Secuelas de tuberculosis pulmonar	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 30 minutos 6 horas 24 horas 4 días	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
--	--	--

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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Uso exclusivo del personal codificador 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: <input type="text"/>			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <input type="text"/> 23.7.2 Colonia <input type="text"/> 23.7.3 Localidad <input type="text"/> 23.7.4 Municipio o delegación <input type="text"/> 23.7.5 Entidad federativa <input type="text"/>			

DEL INF.

24. NOMBRE Ma. Ines Tienda Rangel Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Conocida
--	---

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6525503 Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Blanca Ruth Hernández Ortiz Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	29. TELÉFONO <input type="text"/>
30. DOMICILIO Carretera México Laredo Km7, Fraccionamiento Oxitipa, Ciudad Valles, SLP	31. FIRMA <input type="text"/>
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 1 1 0 2 2 0 1 5 Día Mes Año	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

L REG. CIVIL

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <input type="text"/>
--



150673408