



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

Modelo 2015

FOLIO

150673408

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Jaustino</b> <span style="float: right;">Apellido paterno <b>Santillan</b></span> Nombre(s) <span style="float: right;">Apellido materno</span></p> <p>2. CURP <b>S A A F 25 02 15 H S P N V S 0 8</b> <span style="float: right;">Se ignora <input type="radio"/> 99</span></p> <p>3. SEXO <span style="float: right;">Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09</span></p> <p>4. NACIONALIDAD <span style="float: right;">Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09</span></p>													
DE LA DEFUNCIÓN		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO							
		<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Kilogramos <b>45</b> · <b>000</b> <span style="float: right;">Gramos</span>		Metros <b>1</b> · <b>60</b> <span style="float: right;">Centímetros</span>		1 Dia <b>502</b> 19 Año <b>25</b>							
		9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año					
										Para personas de un año o más					
										Años cumplidos <b>89</b>					
										Se ignora <input type="radio"/> 09					
		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL		12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL					
				En unión libre <input checked="" type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 09					
		Ferrocarril #49 Ciudad Valles		San Rafael		11.1 Calle y número <b>11.2 Colonia</b>		11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
										San Luis Potosí					
		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
		Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08		2402129350-9		Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada		Hospital General Cd. Valles		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12					
		IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08								Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09					
		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad		16.4 Municipio o delegación					
		Carretera Mexico-Laredo Km7 Fraccionamiento Oxitipa		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		San Luis Potosí		16.3 Localidad					
		Ciudad Valles		16.4 Municipio o delegación						16.5 Entidad federativa					
		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17.1 Día <b>1</b> Mes <b>0102</b> Año <b>2015</b>		17.2 Horas <b>20</b> : <b>00</b> Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
								Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09					
		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir—ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		PARTE I a) <b>Choque Cardiogénico</b> <span style="font-size: small;">Debido a (o como consecuencia de)</span> b) <b>Choque Hipovolémico</b> <span style="font-size: small;">Debido a (o como consecuencia de)</span> c) <b>Deshidratación severa</b> <span style="font-size: small;">Debido a (o como consecuencia de)</span> d) <b>Gastroenteritis Aguda</b>  PARTE II 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:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
		El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04		El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		El puerperio <input type="radio"/> 03 Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02					
		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE													
		23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?							
		23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 06 Rancho (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05		Área deportiva <input type="radio"/> 03 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09					
		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													
		23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad									

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 PARTICULARS.

150673408

DEL FALLECI	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL		AÑOS CUMPLIDOS
			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)		11.3 Localidad		
	H. F. Calle y número Ciudad Valles		San Rafael		
12. ESCOLARIDAD	11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
	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		San Luis Potosí		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	11.6 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	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 2402129350-9		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	14.2 Unidad médica		15.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
	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		Hospital General Cd. Valles		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	16.1 Calle y número Ciudad Valles		16.2 Colonia		16.3 Localidad
	Carretera Mexico-Laredo Km7		Fraccionamiento Oxitipa		San Luis Potosí
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
	1 0 0 2 2 0 1 5 2 0 : 0 0		Día Mes Año Horas Minutos		
DE LA DEFUNCIÓN	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) Choque Cardiogénico Debido a (o como consecuencia de)		b) Choque Hipovolémico Debido a (o como consecuencia de)		6 horas
	c) Deshidratación severa Debido a (o como consecuencia de)		d) Gastroenteritis Aguda		24 horas
PARTE II Otros estados patológicos que la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	e) Sospechas de tuberculosis pulmonar		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		4 días
	El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 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?
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con él/la fallecido(a)?		Uso exclusivo del personal codificador 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
DEL INF.	23.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión
	Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2
DEL CERTIFICANTE	23.4 Municipio o delegación		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
	Ma. Ines Nombre(s)				
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	23.7 Calle y número		23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia
	Blanca Ruth Hernández Ortiz Nombre(s)		Carretera México Laredo Km7, Fraccionamiento Oxitipa, Ciudad Valles, SLP		23.7.3 Localidad
L. REG. CIVIL	23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa		23.7.6 Teléfono
	Rangel Apellido paterno		23.7.5 Entidad federativa		23.7.6 Teléfono
26. CERTIFICADA POR	24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		31. FIRMA
	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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		Conocida		
30. DOMICILIO	26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN
	Blanca Ruth Hernández Ortiz Nombre(s)		6525503 Número de la cédula profesional		1 1 0 2 2 0 1 5 Dia Mes Año
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	28. NOMBRE		29. TELÉFONO		34.1 Localidad
	Carretera México Laredo Km7, Fraccionamiento Oxitipa, Ciudad Valles, SLP				
34.1 Localidad	30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN
	Blanca Ruth Hernández Ortiz Nombre(s)		San Luis Potosí		1 1 0 2 2 0 1 5 Dia Mes Año