



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

Modelo 2015
FOLIO

150673544

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL
INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.
CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) DANIEL Apellido paterno ENRIQUEZ Apellido materno LUGO	
2. CURP	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
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 Kilogramos 111 Gramos 300	7. TALLA Metros 1.96 Centímetros 6
8. FECHA DE NACIMIENTO Día 14 Mes 09 Año 2012	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 Años cumplidos 06 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) Independencia 12 Barrio Tamunzoc 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Tancanhuitz San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
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 ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 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 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 2406328315
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 Hospital General de Valles S P S S A 0 0 0 3 5 6 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía 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 Carr Mexico Laredo Km 7 Fracc Oxitipa Ciudad Valles 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Ciudad Valles San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 16 Mes 03 Año 2015 Horas 2 Minutos 31	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, asfenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía Adquirida en la Comunidad Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) 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 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 11 días Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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	
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 checked="" 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)? 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 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE Nombre(s) Daniel Apellido paterno Enriquez Apellido materno Blas	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre	
26. CERTIFICADA POR 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	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO AEGEM 23118 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) Mercedes Apellido paterno Piervo Garibay Apellido materno	
29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO Carr Mexico Laredo km7 Fracc Oxitipa Cd Valles, SLP	
31. FIRMA Examinado	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 16 Mes 03 Año 2015	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 33.1 Acta Núm.	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año	

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

*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.



150673544