



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO

150673544

*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 PARTICULARES.

150673544

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) DANIEL ENRIQUEZ				LUGO			
		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
2. CURP				Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO Kilogramos		7. TALLA Metros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			
Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		111.2100 Gramos		1.96		14092012			
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	Se ignora <input type="radio"/> 99		
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Independencia 12 Barrio Tamuncoc							
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		Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99	Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL ninguna		Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08	IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 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"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	Hospital General Cd Valles	15.1 Nombre de la unidad médica S P S S A 0 0 0 3 5 6		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número Carr Mexico Laredo Km 7 Fracc Oxitipa	16.2 Colonia Ciudad Valles	16.3 Localidad Ciudad Valles		16.5 Entidad federativa San Luis Potosí			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17.1 Día <input type="radio"/> 16 Mes <input type="radio"/> 03 Año <input type="radio"/> 2015 Horas <input type="radio"/> 23:15 Minutos <input type="radio"/> 15	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02				
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía Adquirida en la Comunidad Debido a (o como consecuencia de)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 11 días	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Debido a (o como consecuencia de)	c) Debido a (o como consecuencia de)	d) Debido a (o como consecuencia de)				Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
20.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo									
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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		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"/> 99	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
23.4 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		Daniel Enriquez Blas			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre				
26. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	Autoridad civil <input type="radio"/> 05	Otro <input type="radio"/> 08	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO AEGEM 23118 Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE		Mercedes Fierro Garibay			29. TELÉFONO				
30. DOMICILIO		Carr Mexico Laredo km7 Fracc Oxitipa Cd Valles, SLP			31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 16032015 Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
Núm. _____, Libro Núm. _____		34.1 Localidad _____							
33.1 Acta Núm. _____		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 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*