



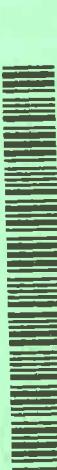
**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015  
FOLIO

150678575

<b>DEL FALLECIDO</b>  *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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.  LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) R. Valladares Ramírez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno							
		2. CURP			3. SEXO	4. NACIONALIDAD			
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99			Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99			
		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO			
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		Kilogramos <input type="radio"/> 2.700 Gramos	Metros <input type="radio"/> 1.98 Centímetros	Día <input type="radio"/> 01 Mes <input type="radio"/> 09 Año <input type="radio"/> 2015			
		9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 99
		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL					
				En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99					
		11. RESIDENCIA HABITUAL		11.1 Calle y número					
				Los Humeros Real de Aroma Real de Catorce					
		11.2 Colonia		11.3 Localidad					
				San Luis Potosí					
		11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
				Real de Aroma					
		12. ESCOLARIDAD		13. Ocupación habitual					
		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 type="radio"/> 99		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		Se ignora <input type="radio"/> 99					
		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
		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 Se ignora <input type="radio"/> 99		HRP 14					
		IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10							
		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica					
		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		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad					
		Comarca 57 KM 617 <input type="radio"/> 22 mayo <input type="radio"/> 1990		San Luis Potosí					
		16.1 Calle y número		16.4 Municipio o delegación					
		16.2 Colonia		16.5 Entidad federativa					
		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
		21/11/2015 <input type="radio"/> 20:45		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99					
		Día Mes Año Horas Minutos							
		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.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
		<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
		a) <i>Neuromiositis adquisitiva en (brazos)</i> <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> b) <i>Displasia Bicondilar</i> <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> c) <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> d) <i>Heroina Infrarenal</i>		15. <i>15. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</i> <i>15. 2 m.</i>					
		<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		16. <i>2 m.</i>					
		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		23.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					
		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02					
		El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03		22.3 Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02					
		43 días a 11 meses <input type="radio"/> 04 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		23.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		24. NOMBRE					
		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		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09					
		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		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					
		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09					
		23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia					
		23.7.4 Municipio o delegación		23.7.3 Localidad					
		26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
		Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03		27.1 Número de la cédula profesional					
		28. NOMBRE		29. TELÉFONO					
		Fabian De los Santos Lopez		29.1					
		30. DOMICILIO		31. FIRMA					
		Comarca 57 KM 617 <input type="radio"/> 22 mayo <input type="radio"/> 1990		31.2					
		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
		Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Día <input type="radio"/> 21 Mes <input type="radio"/> 11 Año <input type="radio"/> 2015					
		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 <input type="radio"/> 21 Mes <input type="radio"/> 11 Año <input type="radio"/> 2015					
DEL REG. CIVIL		DEL CERTIFICANTE		ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 <sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*					



150678575