



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

150680065

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Maria Florencia Sanchez</i> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP <i>SMXIF331027MISPMX404</i> Se ignora ☐ 99		
3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09		
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		
6. PESO <i>050.000</i> Kilogramos Gramos		
7. TALLA <i>1.50</i> Metros Centímetros		
8. FECHA DE NACIMIENTO <i>27/10/1933</i> 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 Años cumplidos <i>081</i> Se ignora ☐ 09		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☒ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <i>Calle Santa Sofia 113</i> <i>San Luis Potosí</i> <i>San Luis Potosí</i> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☒ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10		
13. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Univ de la</i> Se ignora ☐ 99 13.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99		
14.1 Número de seguridad social o afiliación <i>2913051005-4</i>		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08 15.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General de San Luis</i> Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Prof. Volante Arce 112</i> <i>San Luis Potosí</i> <i>San Luis Potosí</i> 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 <i>09/08/2015</i> <i>19:00</i> Día Mes Año Horas Minutos		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) <i>Choque eléctrico</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Neumonia</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i>Infarto agudo de miocardio</i> Debido a (o como consecuencia de) d) <i>Actitis bacteriana</i> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <i>Infarto agudo de miocardio</i> <i>Actitis bacteriana</i> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>48 hrs</i> <i>3 días</i> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <i>48 hrs</i> <i>3 días</i> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <i>48 hrs</i> <i>3 días</i>		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <i>48 hrs</i> <i>3 días</i>		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 01 Área deportiva ☐ 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (via pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 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 <i>José Homero Gallegos</i> <i>Hata</i> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hijo</i>		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>2809155</i> Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE <i>Gerardo Toribio Jimenez</i> <i>Pino</i> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
29. TELÉFONO <i>8260100</i>		
30. DOMICILIO <i>Prof. Volante Arce 112</i> <i>San Luis Potosí</i> Calle y número Colonia Localidad Municipio o delegación Entidad federativa		
31. FIRMA <i>[Firma]</i>		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>09/08/2015</i> Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

*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.



150680065