



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

Modelo 2015

FOLIO

150681254

 LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ma. Oswaldo Sanchez Hernandez	Apellido paterno Apellido materno	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	
	2. CURP Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	6. PESO 60 Kilogramos	7. TALLA 1.52 Metros	8. FECHA DE NACIMIENTO 28/10/1966
DE LA DEFUNCIÓN	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 48 Se ignora <input type="radio"/> O ₉
	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"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> O ₆ Divorciado(a) <input type="radio"/> O ₃ Viudo(a) <input type="radio"/> O ₂ Soltero(a) <input type="radio"/> O ₁ Casado(a) <input checked="" type="radio"/> O ₅ Se ignora <input type="radio"/> O ₉			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	Lázaro Cárdenas #104 Barrio Pintello Chapulhuacanito				
11.1 Calle y número Tamazunchale	11.2 Colonia San Luis Potosí	11.3 Localidad	11.4 Municipio o delegación	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> O ₁ Primaria incompleta <input type="radio"/> O ₂ Secundaria incompleta <input type="radio"/> O ₄ Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> O ₁₁ Profesional <input type="radio"/> O ₇ Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉	Preescolar <input type="radio"/> O ₁₂ Primaria completa <input type="radio"/> O ₃ Secundaria completa <input type="radio"/> O ₅ Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> O ₆ Posgrado <input type="radio"/> O ₁₀	13. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar	Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> O ₁ ISSSTE <input type="radio"/> O ₃ SEDENA <input type="radio"/> O ₅ Seguro Popular <input type="radio"/> O ₇ Otra <input type="radio"/> O ₈	IMSS <input type="radio"/> O ₂ PEMEX <input type="radio"/> O ₄ SEMAR <input type="radio"/> O ₆ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> O ₁₀ Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉	14.1 Número de seguridad social o afiliación			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> O ₁ IMSS <input type="radio"/> O ₃ PEMEX <input type="radio"/> O ₅ SEMAR <input type="radio"/> O ₇ Unidad médica privada <input type="radio"/> O ₉	15.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> O ₁₀ Otro lugar <input type="radio"/> O ₁₂			
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> O ₂ ISSSTE <input type="radio"/> O ₄ SEDENA <input type="radio"/> O ₆ Otra unidad pública <input type="radio"/> O ₈	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> O ₁₁ Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Lázaro Cárdenas #104 Barrio Pintello	16.1 Calle y número Tamazunchale	16.2 Colonia Chapulhuacanito	16.3 Localidad San Luis Potosí	16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/4/10/2015 11:26:26	Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) Edema Agudo P. Monar Debido a (o como consecuencia de)	b) Valvulopatía Debido a (o como consecuencia de)	c) Fiebre Reumática Debido a (o como consecuencia de)	d)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 26 hrs.
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					2 meses
					9 años
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"/> O ₁ El parto <input type="radio"/> O ₂ El puerperio <input type="radio"/> O ₃	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> O ₀ Área deportiva <input type="radio"/> O ₃	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> O ₆ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> O ₇	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> O ₁ Homicidio <input type="radio"/> O ₂ Suicidio <input type="radio"/> O ₃ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> O ₁ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O ₂	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> O ₄ Área comercial o de servicios <input type="radio"/> O ₅	Otro <input type="radio"/> O ₈ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	
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					
DEL INF.	24. NOMBRE Esteban Vargas Torres	Apellido paterno Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo		
DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> O ₁ Médico legista <input type="radio"/> O ₂ Otro médico <input type="radio"/> O ₃ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> O ₄	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO en trámite	Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Ircesita de Jesus Esquivel Escalante	Apellido materno	29. TELÉFONO 3642217			
30. DOMICILIO C. S. Chapulhuacanito	SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ MPIO. TAMAZUNCHALE C.S. CHAPULHUACANITO	31. FIRMA <i>Ircesita</i>	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 24/10/2015		
REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Número <input type="radio"/> O ₁ Libre <input type="radio"/> O ₂ Número <input type="radio"/> O ₃	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Tamazunchale	Día Mes Año		

150681254