



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO

150682993

*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.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Juan</u> Apellido paterno <u>Rivera</u> Apellido materno <u>Irujo</u>		
2. CURP [Blank]	3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 99	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99	6. PESO [Blank] Kilogramos [Blank] Gramos	7. TALLA [Blank] Metros [Blank] Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO [Blank] Día [Blank] Mes [Blank] Año		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Blank] Minutos [Blank] Para menores de un día [Blank] Horas [Blank] Para menores de un mes [Blank] Días [Blank] Para menores de un año [Blank] Meses [Blank] Para personas de un año o más [Blank] Años cumplidos		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☒ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 99		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Calle Hidalgo #49</u> 11.2 Colonia <u>El Suroeste</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Villa de Reyes</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Posgrado ☐ 10		
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99 <u>Desempleado</u>		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99		
14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2415055125</u>		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 4 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>0001</u> Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Prolongación Valentín Aranda # 1112</u> 16.2 Colonia <u>Calle de la Flor</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Blank] Día [Blank] Mes [Blank] Año [Blank] Horas [Blank] Minutos		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99		
19. ¿SE PRACÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía Nosocomial</u> b) <u>Neumonía Nosocomial</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Tuberculosis pulmonar</u> c) <u>Tuberculosis pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> d) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Tuberculosis pulmonar</u> <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u>		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>K57.8</u> <u>J22.4</u> <u>D15.0</u> <u>E11.6</u>		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 99 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Blank] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Blank] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Blank] 23.7.2 Colonia [Blank] 23.7.3 Localidad [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación [Blank] 23.7.5 Entidad federativa [Blank]		
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Florencia</u> Apellido paterno <u>Irujo</u> Apellido materno <u>Gómez</u>		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>SIERRA</u> Número de la cédula profesional [Blank]		
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Fidith</u> Apellido paterno <u>Sampayo</u> Apellido materno <u>Lopez</u>		
29. TELÉFONO <u>8260100</u>		
30. DOMICILIO <u>Prolongación Valentín Aranda # 1112</u> <u>Calle de la Flor</u> <u>San Luis Potosí</u>		
31. FIRMA <u>[Firma]</u>		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Blank] Día [Blank] Mes [Blank] Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Blank]		



150682993