

929411
JLP.

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

Modelo 2015
FOLIO
150894710

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| DEL FALLECIDO | | 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <input style="width: 100%;" type="text" value="Jordan Osiel"/> <small>Nombres</small> Apellido paterno <input style="width: 100%;" type="text" value="Gutiérrez"/> <small>Apellido materno</small> Escobedo | | | | | |
| | | 2. CURP <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Se ignora</small> | | 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora | 4. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora | | |
| 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora | | 6. PESO <input style="width: 100%;" type="text"/> Kilogramos <input style="width: 100%;" type="text" value="70.0"/> <small>Gramos</small> | 7. TALLA <input style="width: 100%;" type="text"/> Metros <input style="width: 100%;" type="text" value="1.75"/> <small>Centímetros</small> | 8. FECHA DE NACIMIENTO <input style="width: 100%;" type="text" value="26/05/1981"/> | | | |
| 9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Minutos</small> | | Para menores de un día <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Horas</small> | Para menores de un mes <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Días</small> | Para menores de un año <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Meses</small> | Para personas de un año o más <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Años cumplidos</small> | | |
| 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: | | 10. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora | | | | | |
| 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) | | Calle Ira 160 San Luis San Luis Potosí | | | | | |
| 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad | | | | | | | |
| 11.4 Municipio o delegación | | | | | | | |
| 12. ESCOLARIDAD | | 13. OCUPACIÓN HABITUAL | | | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora | | 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora | | | | | |
| Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora | | | | | | | |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | 14.1 Número de seguridad social o afiliación Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora | | | | | |
| IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora | | 14.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="text" value="2413034705"/> | | | | | |
| 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN | | 15.1 Nombre de la unidad médica Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital Central Dr. Francisco J. Muñoz | | | | | |
| IMSS <input type="radio"/> Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | | 16.3 Localidad Venta de Cuchillo 1395 Zona Urquiza | | | | | |
| 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.4 Municipio o delegación | | | | | | | |
| 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <input style="width: 100%;" type="text" value="24/01/2013"/> Dia <input style="width: 100%;" type="text" value="06"/> Mes <input style="width: 100%;" type="text" value="41"/> Año Horas Minutos | | 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora | | | | | |
| 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir o morir): paro cardíaco, astenia, etc. | | 19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora | | | | | |
| PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | 18.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | | | | | |
| a) <input style="width: 100%;" type="text" value="Choque Séptico restringido"/> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> | | | | | | | |
| b) <input style="width: 100%;" type="text" value="Neumonía por aspiración"/> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> | | | | | | | |
| c) <input style="width: 100%;" type="text" value="Gastroenteritis Intoxicación"/> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> | | | | | | | |
| d) | | | | | | | |
| PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo | | | | | | | |
| 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS | | 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones normales del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | | | | |
| 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 12 meses previos a la muerte | | 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | | | | |
| 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | | Uso exclusivo del personal codificador | | | | | |
| 23.1 Fue un accidente | | 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | | | | |
| Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? | | 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión | | | | | |
| Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda en colegio (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Escuela, oficina, público <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | | | |
| 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? | | | | | | | |
| 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión | | | | | |
| MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS | | 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 | | | | | | | |