



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

Modelo 2016
FOLIO

160616702
ENE 043

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) PRISCA ALEJANDRA ALEJANDRA Apellido paterno ALEJANDRA Apellido materno ALEJANDRA	
2. CURP LELPIC701118MSPDIDR04	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 99 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
6. PESO 64.000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.64 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 18011967 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 048 Se ignora <input type="radio"/> 09
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"/> 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número ABASULO 11 11.2 Colonia SAN NICOLAS TOLENTINO 11.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD 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 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	
13. OCUPACIÓN HABITUAL HOGAR 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 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 <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad 15.4 Municipio o delegación 15.5 Entidad federativa		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número ABASULO 11 16.2 Colonia SAN NICOLAS TOLENTINO 16.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13012016 11:00 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Uso exclusivo del personal codificador Código CIE J960 T58X X90 30 MINUTOS 3 MINUTOS 30 MINUTOS 30 MINUTOS
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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de) b) INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo EPILEPSIA		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE X090
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"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 El puerperio <input type="radio"/> 03		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Suicidio <input type="radio"/> 03 Homicidio <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	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 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	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 00212016			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión PREVENIR LEÑA EN SU COCINA INCENDIARSE			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número ABASULO 11 23.7.2 Colonia SAN NICOLAS TOLENTINO 23.7.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa			

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) PRISCA ALEJANDRA ALEJANDRA Apellido paterno ALEJANDRA Apellido materno ALEJANDRA	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HERMANO
--	---

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 1792425
28. NOMBRE PERICIALES CRIMINALISTAS Y MEDICINA FORENSE Nombre(s) ORTIZ BAQUEZ Apellido paterno BAQUEZ Apellido materno	29. TELÉFONO 87-20267
30. DOMICILIO COCINA ILUSION RIOVERDE, S.L.P.	31. FIRMA [Firma]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 13012016 Día Mes Año	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. , Libro Núm. 33.1 Acta Núm.

DEL REG. CIVIL

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

*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 CINCO DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160616702