



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

Modelo 2016

FOLIO

160616881

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS DEL INF. DEL CERTIFICANTE DEL REG. CIVIL	<p align="center">SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN</p> <p align="center">ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO</p>												
	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>María Guadalupe Ramos</i>			Apellido paterno <i>Hernández</i>		Apellido materno <i>Hernández</i>					
	2. CURP												
	5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO			7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO					
	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Kilogramos <i>68</i> Gramos <i>000</i>			Metros <i>1</i> Centímetros <i>55</i>		Día <i>23</i> Mes <i>10</i> Año <i>1955</i>					
	9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora			Para menores de un día		Para menores de un mes					
			Minutos			Horas		Días					
	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 type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> 3			Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5			Se ignora <input type="radio"/> 9				
	11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)										
11.1 Calle y número		11.2 Colonia			11.3 Localidad								
<i>Calle 16</i>		<i>Barrio Necocita</i>			<i>San Luis Potosí</i>								
11.4 Municipio o delegación													
12. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99			Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10			13. OCUPACIÓN HABITUAL					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8			IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			14.1 Número de seguridad social o afiliación <i>2408724879</i>					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8			15.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General de San Luis</i>					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número			16.2 Colonia			16.3 Localidad					
		<i>Calle 16</i>			<i>Barrio Necocita</i>			<i>San Luis Potosí</i>					
16.4 Municipio o delegación													
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Dia <i>21</i> Mes <i>02</i> Año <i>2016</i>			Horas <i>02:40</i>			16.5 Entidad federativa					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?								19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9								Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa considerada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		<p>a) Debido a (o como consecuencia de) <i>Meningitis aguda bacteriana</i></p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) <i>Meningitis aguda bacteriana</i></p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) <i>Meningitis aguda bacteriana</i></p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de) <i>Meningitis aguda bacteriana</i></p>								<p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>10 días</i></p>			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo													
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?				22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?				21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5											
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4													
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?				23.3 Sitio donde ocurrió la lesión				23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5				Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 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			
24. NOMBRE		Apellido paterno <i>Diego</i>				Apellido materno <i>Ramos Hernández</i>				25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)										<i>Hermano</i>			
26. CERTIFICADA POR						27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico <input type="radio"/> 1 Médico <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4				Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Autoridad <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 8				Número de la cédula profesional <i>18555584</i>			
28. NOMBRE		Apellido paterno <i>Diego</i>				Apellido materno <i>Rodríguez</i>				29. TELÉFONO			
Nombre(s)										<i>487 100 1530</i>			
30. DOMICILIO		Apellido materno <i>Rodríguez</i>				31. FIRMA				32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
<i>Calle 16</i>						<i>Diego</i>				Día <i>23</i> Mes <i>10</i> Año <i>2016</i>			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO											
Número <i>1</i> Libro Núm. <i>1</i>		34.1 Localidad											
33.1 Acta Núm.		34.2 Municipio o delegación				34.3 Entidad federativa							

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA

160616881