



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016  
FOLIO

160617909

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

\*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. 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

|                                                      |                                         |                                            |                        |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)                           | 2. CURP                                 | 3. SEXO                                    | 4. NACIONALIDAD        |
| 5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?                         | 6. PESO                                 | 7. TALLA                                   | 8. FECHA DE NACIMIENTO |
| 9. EDAD CUMPLIDA                                     | 10. ESTADO CONYUGAL                     | 11. RESIDENCIA                             |                        |
| 12. ESCOLARIDAD                                      | 13. OCUPACIÓN HABITUAL                  | 14. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD          |                        |
| 15. SITIO DE OCURRENCIA                              | 16. DOMICILIO                           | 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN           |                        |
| 18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN                           | 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?             | 20. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN EL EMBARAZO |                        |
| 21. SI LA MUERTE FUE VIOLENTA, ESPECIFICAR           | 22. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN EL PARTO | 23. SI LA MUERTE FUE VIOLENTA, ESPECIFICAR |                        |
| 24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE                          | 25. PARENTESCO CON EL FALLECIDO         | 26. CERTIFICACIÓN                          |                        |
| 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO                     | 28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE             | 29. TELÉFONO                               |                        |
| 30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE                       | 31. FIRMA DEL CERTIFICANTE              | 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN                 |                        |
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL | 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO           | 35. FECHA DE REGISTRO                      |                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br>Nombre(s) <u>Ramón</u> Apellido paterno <u>Hernández</u> Apellido materno <u>Hernández</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 2. CURP<br><u>RDHN010119601000100</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Muje <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                | 4. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                |                                                         |
| 5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6. PESO<br><u>100</u> Kilogramos <u>560</u> Gramos                                                                                                                                                                                                                           | 7. TALLA<br><u>1</u> Metros <u>38</u> Centímetros                                                                                                                                                                                                                                      | 8. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>10/20/1960</u> Día Mes Año |
| 9. EDAD CUMPLIDA<br><u>42</u> años <u>10</u> meses <u>16</u> días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 10. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 11. RESIDENCIA<br>11.1 Calle y número <u>Carretera a San Luis Potosí S/N</u> 11.2 Colonia <u>Tehuacán</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u> |                                                         |
| 12. ESCOLARIDAD<br>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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> | 13. OCUPACIÓN HABITUAL<br>13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 14. AFILIACIÓN A SEGUROS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> OTRA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                      | 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>00000000000000000000</u>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 15. SITIO DE OCURRENCIA<br>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de San Luis Potosí</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>00000000000000000000</u> 15.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.4 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>                                                                 | 16. DOMICILIO<br>16.1 Calle y número <u>Carretera a San Luis Potosí S/N</u> 16.2 Colonia <u>Tehuacán</u> 16.3 Localidad <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<br>17.1 Fecha <u>16/02/2016</u> 17.2 Hora <u>07:15</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 20. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN EL EMBARAZO<br>20.1 Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 20.2 Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE <u>3días</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 22. SI LA MUERTE FUE VIOLENTA, ESPECIFICAR<br>22.1 Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 23. SI LA MUERTE FUE VIOLENTA, ESPECIFICAR<br>23.1 Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE<br>24.1 Nombre <u>Olga</u> 24.2 Apellido paterno <u>Hernández</u> 24.3 Apellido materno <u>Cecilio</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 25. PARENTESCO CON EL FALLECIDO<br>Padre <input checked="" type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Esposa <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 26. CERTIFICACIÓN<br>26.1 Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>27.1 Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE<br>28.1 Nombre <u>Olga</u> 28.2 Apellido paterno <u>Hernández</u> 28.3 Apellido materno <u>Cecilio</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 29. TELÉFONO<br>29.1 Teléfono <u>6982781</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE<br>30.1 Calle y número <u>Carretera a San Luis Potosí S/N</u> 30.2 Colonia <u>Tehuacán</u> 30.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 30.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 30.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 31. FIRMA DEL CERTIFICANTE<br>31.1 Firma <u>Olga Hernández</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>32.1 Fecha <u>16/02/2016</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL<br>33.1 Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>34.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 34.2 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 34.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 34.4 Fecha <u>16/02/2016</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |



SERVICIOS DE SALUD  
DE SAN LUIS POTOSÍ  
HOSPITAL GENERAL  
CD. VALLES, S.L.P.  
TRABAJO SOCIAL

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