



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

FOLIO  
160618108

119

\*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

EL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>CANDIDO SANTIAGO</b> Apellido paterno <b>Santiago</b> Apellido materno		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> 99 Hombre <input checked="" type="radio"/> 98 Mujer <input type="radio"/> 97 Se ignora <input type="radio"/> 96		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 95 Otra <input type="radio"/> 94 Se ignora <input type="radio"/> 93	
2. CURP		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 91 No <input checked="" type="radio"/> 92 Se ignora <input type="radio"/> 99		6. PESO Kilogramos <b>8</b> Gramos <b>00</b>	
7. TALLA Metros <b>1</b> Centímetros <b>50</b>		8. FECHA DE NACIMIENTO Día <b>05</b> Mes <b>22</b> Año <b>2014</b>			
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 <b>2</b> Se ignora <input type="radio"/> 99					
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"/> 94 Separado(a) <input type="radio"/> 96 Divorciado(a) <input type="radio"/> 93 Viudo(a) <input type="radio"/> 92 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 91 Casado(a) <input type="radio"/> 95 Se ignora <input type="radio"/> 99			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>Octujub sin numero.</b> Localidad <b>Octujub</b> 11.2 Colonia <b>Aquismon.</b> 11.3 Localidad <b>San Luis Potosí</b> 11.4 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 91 Primaria incompleta <input type="radio"/> 92 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 94 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 91 Profesional <input type="radio"/> 97 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 92 Primaria completa <input type="radio"/> 93 Secundaria completa <input type="radio"/> 95 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 96 Posgrado <input type="radio"/> 90		13. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna <input checked="" type="radio"/> 91 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 91 No <input checked="" type="radio"/> 92 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.2 Clave Única de los establecimientos de Salud (CLUES) <b>2413099795-7</b>			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 91 ISSSTE <input type="radio"/> 93 SEDENA <input type="radio"/> 95 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 97 Otra <input type="radio"/> 98 IMSS <input type="radio"/> 92 P. MEX <input type="radio"/> 94 SEMAR <input type="radio"/> 96 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 90 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2413099795-7</b>			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 91 IMSS <input type="radio"/> 93 PEMEX <input type="radio"/> 95 SEMAR <input type="radio"/> 97 Unidad médica privada <input type="radio"/> 99 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 90 ISSSTE <input type="radio"/> 94 SEDENA <input type="radio"/> 95 Otra unidad pública <input type="radio"/> 98		15.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General Ciudad Valles</b> 15.2 Clave Única de los establecimientos de Salud (CLUES) <b>S P S S A 0 0 0 0 3 5 6</b> 15.3 Tipo de unidad pública <input type="radio"/> 90 Hogar <input type="radio"/> 91 Se ignora <input type="radio"/> 99			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <b>Carretera Mexico-Laredo Sur Km 7 Fraccionamiento Oxitipa</b> 16.2 Colonia <b>Ciudad Valles.</b> 16.3 Localidad <b>San Luis Potosí.</b> 16.4 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí.</b> 16.5 Entidad federativa					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <b>17</b> Mes <b>03</b> Año <b>2016</b> Horas <b>06</b> Minutos <b>00</b>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 91 No <input type="radio"/> 92 Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 91 No <input checked="" type="radio"/> 92	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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 <b>Choque Mixto</b> a) Debido a (o como consecuencia de) <b>Enfermedad Diarreica Aguda.</b> b) Debido a (o como consecuencia de) <b>Desnutrición Severa.</b> c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>3 días.</b> <b>3 días.</b> <b>2 años.</b>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
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"/> 91 El parto <input type="radio"/> 92 El puerperio <input type="radio"/> 93 43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> 94 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 95		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 91 No <input type="radio"/> 92		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 91 No <input type="radio"/> 92	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 91 Suicidio <input type="radio"/> 93 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 91 No <input type="radio"/> 92 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 90 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 91 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 92 Área deportiva <input type="radio"/> 93 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 94 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 95 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <b>Madre.</b> 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 <b>Ma Angela</b> Nombre(s) <b>Santiago</b> Apellido paterno <b>Perez.</b> Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Madre.</b>			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 91 Médico legista <input type="radio"/> 92 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 93 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 94 Autoridad civil <input type="radio"/> 95 Otro <input type="radio"/> 98		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>4453005</b> Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE <b>Fernando A.</b> Nombre(s) <b>Cadena</b> Apellido paterno <b>Gutierrez</b> Apellido materno		29. TELÉFONO			
30. DOMICILIO <b>Carretera Mexico-Laredo sur</b> km 7, Fraccionamiento Oxitipa. <b>Ciudad Valles San Luis Potosí.</b>		31. FIRMA <b>[Firma]</b>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <b>17</b> Mes <b>03</b> Año <b>2016</b>	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <b>1</b> Libro Núm. <b>1</b>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad			



160618108