



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160618128

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Abelardo Hernandez Sanchez</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
	2. CURP <b>HESA830117HSPRNB07</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99			
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
DE LA DEFUNCIÓN	6. PESO <b>98</b> Kilogramos Gramos		7. TALLA <b>1.70</b> Metros Centímetros	
	8. FECHA DE NACIMIENTO <b>17/01/1983</b> 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 <b>33</b> Se ignora <input type="radio"/> 99			
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <b>160618128</b>			
	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 checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99			
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>Calle principal s/n tamazunchale</b> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia <b>los cerritos</b> 11.3 Localidad <b>san luis potosi</b> 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 checked="" type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL <b>empleado</b> 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input 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 checked="" 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
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" 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 <b>hospital gral cd valles</b> 15.1 Nombre de la unidad médica IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 <b>S P S S I A 0 0 0 3 1 5 1 6</b> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Carr. mex laredo km 7 fraccionamiento oxitipe cd valles</b> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia <b>san luis potosi</b> 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>02/04/2016 11:27</b> Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>10 días</b> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) <b>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Progresiva</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Neumonía atípica por Virus de la Influenza</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Obesidad</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Diabetes Mellitus tipo 2</b> 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 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02				
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 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: 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>Epitacio Hernandez Sanchez</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hermano</b>			
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" 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			
DEL CERTIFICANTE	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>1979285</b> Número de la cédula profesional			
	28. NOMBRE <b>Julio Cesar Cortes Martinez</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
DEL REG. CIVIL	29. TELÉFONO			
	30. DOMICILIO <b>Carr. mex laredo km 7 fracc. oxitipe, cd valles, S.L.P.</b> 31. FIRMA			
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>02/04/2016</b> Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <b>01</b> , Libro Núm. <b>05</b> 33.1 Acta Núm. <b>143</b>		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <b>Tamazunchale</b> 34.2 Municipio o delegación <b>S.L.P.</b> 34.3 Entidad federativa <b>08042016</b> 34.4 Día Mes Año				

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD