



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

Modelo 2016
FOLIO

160618384

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Dalia

Pozos

Hernández

2. CURP

3. SEXO

4. NACIONALIDAD

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

6. PESO

7. TALLA

9. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Para menores de un día

Para menores de un mes

8. FECHA DE NACIMIENTO

Para personas de un año o más

Años cumplidos

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Soltero(a)

Casado(a)

11. RESIDENCIA HABITUAL

Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Principal

Axtla de Terrazas

12. ESCOLARIDAD

Ninguna

Primaria incompleta

Secundaria incompleta

Bachillerato o preparatoria incompleta

Profesional

13. OCUPACIÓN HABITUAL

Preescolar

Primaria completa

Secundaria completa

Bachillerato o preparatoria completa

Posgrado

13.1 Había o no trabajaba

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

Otra

14.1 Número de identificación

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS Oportunidades

Se ignora

14.2 Clave única de establecimiento

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Unidad médica privada

15.1 Nombre de la unidad médica

IMSS Oportunidades

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

15.2 Clave única de establecimiento

15.3 Tipo de establecimiento

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Carretera México Laredo Km 7, Fracc. Oxitipan

Cd. Valles

16.2 Colonia

16.4 Municipio o delegación

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco- o causas de muerte indirectas -ejemplo: asfixia por ahogamiento-)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) MUERTE ENCEFALICA.

Debido a (o como consecuencia de)

b) CRASEO HIPERTENSIVO (SEC. DEMA CEREBRAL SEVERO)

Debido a (o como consecuencia de)

c) CRISIS CONVULSIVAS DE ETIOLOGIA NO DETERMINADA.

Debido a (o como consecuencia de)

d) NEUMONIA ADQUIRIDA COMUNIDAD.

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

LACTANTE MAYOR FEMENINO MUROPICO.

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

El parto

El puerperio

43 días a 11 meses después del parto o aborto

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI

No

23. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI

No

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente

Homicidio

Suicidio

Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI

No

Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Área deportiva

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)

Calle o carretera (vía pública)

Escuela u oficina pública

Área comercial o de servicios

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

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

Victor

Pozos

Aurelia

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

Autoridad civil

Otro

28. NOMBRE

Dr. Pedro Rafael García Argüelles.

30. DOMICILIO

Carr. México Laredo Sur Km. 7, Fracc. Oxitipan - Cd. Valles, San Luis Potosí.

31. FIRMA

3. FECHA DE CERTIFICACIÓN

Día

Mes

Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad