



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160619265

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

JOSE ANGEL

Nombre(s)

CAYROS

SANTIAGO

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

			<input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD
--	--	--	--	---------	---	-------------------------------	---	-----------------

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO		
Sí <input checked="" type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9	Kilogramos 9 . 00 Gramos	Metros 1 . 87 Centímetros	Día 23 Mes 04 Año 2014

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	<input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	CUAUHTEMOC 429 Barrio Pistello Chapulhuacanito	11.1 Calle y número	11.2 Colonia	11.3 Localidad
Tamazunchale		Tamazunchale	San Luis Potosí	

11.4 Municipio o delegación	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
-----------------------------	--

12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 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 checked="" type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL	<input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" 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	13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9		

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	14.1 Número de seguridad social o afiliación
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	2405047286-5
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Hospital básico comunitario	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada	Tamazunchale	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	SP SSA 001703	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99
	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	16.1 Calle y número	16.2 Colonia	16.3 Localidad
calle a san martin km 6.5 La pitaya	tamazunchale		san luis potosi

16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa
-----------------------------	-------------------------

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17.1 Fecha	17.2 Hora	17.3 Localidad
1 5 0 7 2 0 1 6 1 0 0 : 5 5	Dia	Horas	san luis potosi
	mes	Minutos	

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
--	---	-----------------------------	--

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	2 horas	

a) Choque Hipovolémico Debido a (o como consecuencia de)	12 horas	
b) Deshidratación grave Debido a (o como consecuencia de)	24 horas	
c) Probable obstrucción intestinal Debido a (o como consecuencia de)	2 años	
d) Desnutrición grave		

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo	22.1 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?	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
---	--	--	---	---

El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
---	--	---	--	--

43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			
---	--	--	--	--

23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6	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	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7
	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Otro <input type="radio"/> 8
	Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6
			Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7
			Otro <input type="radio"/> 8
			Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5
			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
--	-------------------------------	---------------------------

