



SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160620919

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Manuel Perez	Morales					
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno					
	2. CURP	P E M M 6 2 0 4 2 6 H S P R R W 0 8	Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	4. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO	Kilogramos . Gramos	7. TALLA	Metros . Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO	26 04 1962
	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		5 4 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"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99						
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	Privada de Hidalgo S/N Pardo						
	11.1 Calle y número	11.2 Colonia	11.3 Localidad					
	Villa de Reyes		San Luis Potosí					
11.4 Municipio o delegación	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input 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 type="radio"/> 99	Preeescolar <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. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero Se ignora <input type="radio"/> 99				
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	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 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2406317901-2						
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	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 <input type="radio"/> 9	Hospital General de Soledad		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12				
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.1 Nombre de la unidad médica	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	Prisión de Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí		16.3 Localidad					
16.1 Calle y número	16.2 Colonia	San Luis Potosí	16.5 Entidad federativa					
16.4 Municipio o delegación								
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	10 9 0 5 2016 20:31	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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.)	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Hipersensión Intracraneal				24 hrs			
a) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de)				30 días			
b)	Tuberculosis meningea							
c)	Debido a (o como consecuencia de)							
d)								
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:		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			
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input 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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		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"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8				
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	María de la Luz Pérez	Martínez	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Hija					
26. CERTIFICADA POR	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	5188421			Número de la cédula profesional				
28. NOMBRE	Edith Sanjuanero López	Apellido paterno	Apellido materno	29. Teléfono				
30. DOMICILIO			31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Prolongación Valentín Amador 1112 Col Rivas Guillen.			Firma		Día Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
Núm. , Libro Núm.	34.1 Localidad							