

# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

160621945

\*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) Nombre(s) <u>Evangelina</u> Apellido paterno <u>Martinez</u> Apellido materno		
	2. CURP <u>H A X T H 0 0 1 0 2 H S P R X V X X</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO <u>60</u> Kilogramos <u>000</u> Gramos
	7. TALLA <u>1</u> Metros <u>55</u> Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO <u>10</u> / <u>11</u> / <u>94</u>
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>  </u> Minutos Para menores de un día: <u>  </u> Horas Para menores de un mes: <u>  </u> Días Para menores de un año: <u>  </u> Meses Para personas de un año o más: <u>07</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9		
DE LA DEFUNCIÓN	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>  </u>		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"/> 9
	11. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>11.2 Colonia</u> <u>11.3 Localidad</u> <u>11.4 Municipio o delegación</u> <u>11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</u>		
	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 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. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	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 <u>21612112</u>
	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 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 <u>  </u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>  </u> Vía 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 <u>16.1 Calle y número</u> <u>16.2 Colonia</u> <u>16.3 Localidad</u> <u>16.4 Municipio o delegación</u> <u>16.5 Entidad federativa</u>		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>20</u> / <u>07</u> / <u>20</u> : <u>16</u> : <u>10</u> Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> b) Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> c) Debido a (o como consecuencia de) <u>  </u> d) <u>  </u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 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 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>A86X</u>			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <u>  </u> 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>  </u> 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u>  </u> 23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión <u>23.7.1 Calle y número</u> <u>23.7.2 Colonia</u> <u>23.7.3 Localidad</u> <u>23.7.4 Municipio o delegación</u> <u>23.7.5 Entidad federativa</u>		
	24. NOMBRE Nombre(s) <u>Delia</u> Apellido paterno <u>Luna</u> Apellido materno <u>Martinez</u>		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>  </u>		
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>7575359</u>		
	28. NOMBRE Nombre(s) <u>María Antonia</u> Apellido paterno <u>Cardenas</u> Apellido materno <u>Rodriguez</u>		
DEL CERTIFICANTE	29. TELÉFONO <u>8729150</u>		
	30. DOMICILIO <u>San Luis Potosí, San Luis Potosí</u>		
DEL REG. CIVIL	31. FIRMA <u>  </u>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>20</u> / <u>07</u> / <u>20</u> : <u>16</u> : <u>10</u> Día Mes Año
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>  </u> , Libro Núm. <u>  </u> 33.1 Acta Núm. <u>  </u>		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>  </u> <u>34.2 Municipio o delegación</u> <u>34.3 Entidad federativa</u> <u>34.4 Día Mes Año</u>			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD\*

160621945