



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

MODELO 2016
FOLIO

160626157

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Britani Montserrat Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
2. CURP		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		6. PESO 2.600 Kilogramos Gramos	
7. TALLA 1.53 Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 13/03/2016 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		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:			
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☒ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Francisco J. Moreno no. 325 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad San Luis Potosí San Luis Potosí			
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 09		14.1 Número de seguridad social o afiliación			

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Venustiano Carranza 2345 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad San Luis Potosí San Luis Potosí		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/07/2016 11:12 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☐ 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Choque séptico por Klebsiella Pneumoniae BLEE + Debido a (o como consecuencia de) b) Falla renal aguda Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonía por Acinetobacter baumannii 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 Desnutrición crónica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador			

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área deportiva ☐ 03 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Área comercial o de servicios ☐ 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09		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					

DEL INF.

24. NOMBRE Luis Antonio Torres Sustaita Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Packer	
---	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7701235 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Ingrid Adriana López Ciente Soto Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO Venustiano Carranza 2345, Col. Los Pinos S.A.P., S.A.P.		31. FIRMA [Firma]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12/07/2016 Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	

EL REG. CIVIL

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad	
---	--

*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.



160626157