



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

FOLIO

160627681

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ignacio Martínez Petran		Apellido paterno	Apellido materno
2. CURP				<input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora	3. SEXO
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	
SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Kilogramos <input type="checkbox"/> Gramos		Metros <input type="checkbox"/> Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO		24 01 1962		9. EDAD	
SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días		CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	
		En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Oaxaca, Pto A Las Piedras	
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
San Luis Potosí				11.4 Municipio o delegación	
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				11.6 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD		13. Ocupación habitual		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99		13.1 Trabaja <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8	
Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria completa <input type="checkbox"/> 13 Secundaria completa <input type="checkbox"/> 15 Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> 6 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		16.1 Calle y número	
		IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8		16.2 Colonia	
		15.1 Nombre de la unidad médica		16.3 Localidad	
		15.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)		16.4 Municipio o delegación	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
26 08 2016 05:20		SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
Dia Mes Año Horas Minutos					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		16.5 Entidad federativa	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador	
Causes antecedentes Estados morbosos, al existirlos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
a) <i>Inhalación Respiratoria tipo I</i> Debido a (o como consecuencia de)		SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Area industrial (taller, fábrica, etc.) <input type="checkbox"/> 1	
b) <i>Choque Mixto</i> Debido a (o como consecuencia de)		SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	
c) <i>Inhalación Respiratoria tipo I</i> Debido a (o como consecuencia de)		SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4	
d) <i>Hipotermia Severa</i> Debido a (o como consecuencia de)		SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Otro <input type="checkbox"/> 8	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		22.4 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23.4 La muerte fue accidental o violenta, especifique	
Cirrosis hepática.		SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.5 La muerte ocurrió durante:		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	
El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4	
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.		Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
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				25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico <input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 3 Personas autorizada por <input type="checkbox"/> 4 Autonomía <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8				Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE				29. TELÉFONO	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Número <input type="checkbox"/> Libro Número <input type="checkbox"/> ...		34.1 Localidad			
33.1 Acta Número <input type="checkbox"/> ...		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa	
				34.4 Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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

160627681

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIO DE SALUD DE LOS POTOSÍS
ESTADÍSTICAS Y DISTRICCIÓN SANITARIA 1

2012 SET. 2016

RECIBIDO
SISTEMAS DE INFORMACIÓN
EN SALUD