



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

Modelo 2010

FOLIO

160627762

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Símon		Sanchez		Guevara	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
2. CURP				3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
				Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Kilogramos Gramos		Metros Centímetros		03 03 1991	
9. EDAD							
CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	25
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL		12. ESCOLARIDAD	
		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 checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		Año		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	
				Año		Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
Rivadavia				San Luis Potosí		Agricultor	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica	
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		2410849427-1		Secretaría de Salud <input checked="" 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	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Av Valentín Amador 112 Rivas Guilleten		San Luis Potosí					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa	
Col. de Graciano Sánchez							
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
8 09 2016 04:20		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
Día Mes Año Horas Minutos							
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
a) Síndrome de Cráneo hipertensivo Debido a (o como consecuencia de)							
b) Tuberculosis meningea Debido a (o como consecuencia de)							
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 morboso que la produjo							
Neumonía asocuada a ventilación mecánica.							
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 type="radio"/> 2							
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?							
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)?							
Uso exclusivo del personal codificado Código CIE							
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE							
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE							
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?							
Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3							
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4							
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9							
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(fa) 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							
24. NOMBRE							
Sagrario de Jesús Arriaga Guevara							
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno							
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
Curada							
26. CERTIFICADA POR							
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							
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
5165542 Número de la cédula profesional							
28. NOMBRE							
Jesús Francisco Mendoza Esquivel							
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno							
29. TELÉFONO							
82600100							
30. DOMICILIO							
Av Valentín Amador 112 Col. Rivas Guilleten							
Col. de Graciano Sánchez SLP							
31. FIRMA							
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
08092016							
Día Mes Año							
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO							
Número , Libro Núm.							
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
34.1 Localidad							

*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

160627762

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL