

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

160629377

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Milagros Guadalupe Juárez Her-a-dez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno						
	2. CURP 		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1 Mujer <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1 Otra <input 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 9 . 500 Kilogramos Gramos	7. TALLA . 80 Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 18 06 2015 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 1 Se ignora <input type="radio"/> _9		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 checked="" type="radio"/> _1 Casado(a) <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9				
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Miguel Hidalgo # 8 Sa-Jose del Tapa-co Rin Verde Rin Verde Sa-Luis Potosí 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" 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 Ninguna Se ignora <input type="radio"/> _99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1 No <input 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 checked="" 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			
	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 Rin Verde 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)			Vía pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99			
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle ama esqui-a Sa-Ciro Rin Verde 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Rin Verde Sa-Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa						
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12 01 2017 09 : 45 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 type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		19. ¿SE PRATICÓ 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, asfenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Síndrome de dificultad respiratorio agudo Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonia de focos múltiples 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 morbozo que la produjo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 hora 5 días 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 <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				Uso exclusivo del personal codificador 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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 type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> _0 Área deportiva <input type="radio"/> _3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4 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 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6 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					23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
	24. NOMBRE María Maria-a Her-a-dez Charcas Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno					25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre	
	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 2332936 Número de la cédula profesional			
	28. NOMBRE Cesar A-to-in Noyola Salazar Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			29. TELÉFONO 4971011551			
DEL CERTIFICANTE	30. DOMICILIO Calle ama esquina carretera a Sa-Ciro		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12 01 2017 Día Mes Año		
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. , Libro Núm. 33.1 Acta Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año				

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

DADA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

160629377