



Folio de
vigencias
485825

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

Modelo 2016
FOLIO

160630446

*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>Fedra</u> Apellido paterno <u>Sanjurjo</u> Apellido materno <u>Romero</u>				
	2. CURP <u>LAKE171311010104SPSMIA7</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	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 <u>113</u> Kilogramos <u>0</u> Gramos	7. TALLA <u>1</u> Metros <u>0</u> Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO <u>1</u> Día <u>01</u> Mes <u>2013</u> Año	
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Horas Para menores de un mes: <u>0</u> Días Para menores de un año: <u>0</u> Meses Para personas de un año o más: <u>3</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9				
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>0000000000</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 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) 11.1 Calle y número: <u>1000000000</u> 11.2 Colonia: <u>San Luis Potosí</u> 11.3 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>					
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 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 checked="" 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>2407633536-4</u>					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 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 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>Hospital General de San Luis Potosí</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>0000000000</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 16.1 Calle y número: <u>2345</u> 16.2 Colonia: <u>San Luis Potosí</u> 16.3 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>1</u> Día <u>9</u> Mes <u>12</u> Año <u>2016</u> <u>12</u> Horas <u>47</u> Minutos					
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía adquirida en la comunidad</u> b) <u>Neumonía adquirida en la comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Choque séptico</u> c) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía adquirida en la comunidad</u> d) <u>Neumonía adquirida en la comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Choque séptico</u>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 día</u> <u>5 días</u>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>0000000000</u>
	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
	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 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 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con la (a) fallecido(a)? <u>Padre</u>			23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>0000000000</u>	
	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: <u>Choque séptico</u>			23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: <u>San Luis Potosí</u>	

RECIBIDO
24 DIC. 2016
SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD