



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160631949

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

JUAN

Nombre(s)

NOYOLA

Apellido paterno

DIAZ

Apellido materno

2. CURP

N O D J 55 07 13 H S P Y Z N O

Se ignora

99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí  No  Se ignora  9

6. PESO

74 Kilogramos

000 Gramos

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora  9

4. NACIONALIDAD

Mexicana  1

Otra  2

Se ignora  9

DEL FALLECIDO

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

Se ignora  9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre  4 Separado(a)  6 Divorciado(a)  3 Viudo(a)  2 Soltero(a)  1 Casado(a)  5 Se ignora  9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Andador Vicente Guerrero # 5 Estación Rascon

11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad

Cd Valles San Luis Potosí

11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna  1 Primaria incompleta  2 Secundaria  4 Bachillerato o preparatoria incompleta  11 Profesional  7 Se ignora  99

Preescolar  12 Primaria completa  3 Secundaria completa  5 Bachillerato o preparatoria completa  6 Posgrado  10

13. Ocupación HABITUAL Agricultor Se ignora  99

13.1 Trabajaba Sí  1 No  2 Se ignora  9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  1 ISSSTE  3 SEDENA  5 Seguro Popular  7 Otra  8

IMSS  2 PEMEX  4 SEMAR  6 IMSS Oportunidades  10 Se ignora  99

14.1 Número de seguridad social o afiliación 41 90 55 00 30-6 5M 1955 PE

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  1 IMSS  3 PEMEX  5 SEMAR  7 Unidad médica privada  9

IMSS Oportunidades  2 ISSSTE  4 SEDENA  6 Otra unidad pública  8

15.1 Nombre de la unidad médica Unidad de Medicina Familiar

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública  10 Otro lugar  12

Hogar  11 Se ignora  99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Heroe de Nacozari Rascon

16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad

Cd Valles San Luis Potosí

16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17.1 Día 24 Mes 01 Año 2017 Horas 17:40 Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  1 No  2 Se ignora  9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí  1 No  2

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

a) Neumotorax espontáneo Debido a (o como consecuencia de)

b) Tuberculosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de)

c) Diabetes mellitus tipo 2 Debido a (o como consecuencia de)

d) Diabetes mellitus tipo 2 Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo  1 El parto  2 El puerperio  3

43 días a 11 meses después del parto o aborto  4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí  1 No  2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  1 No  2

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?

23.1 Fue un presunto Accidente  1 Homicidio  2 Sí  1 No  2

23.2 Vivienda particular  0 Área deportiva  3

23.3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1 Calle o carretera (vía pública)  4

Suicidio  3 Se ignora  9 Escuela u oficina pública  2 Área comercial o de servicios  5

Área industrial (taller, fábrica u obra)  6 Granja (rancho o parcela)  7

Otro  8 Se ignora  9

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

24. NOMBRE Jose Luis Noyola Ibarra

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo

26. CERTIFICADA POR Médico  1 Médico  2 Otro  3 Persona autorizada por  4 Autoridad  5 Otra  6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

5304613

1949

\*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



160631949

<b>DEL FALLECIDO</b>	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos		
	<b>10. ESTADO CONYUGAL</b> 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 type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9							
<b>11. RESIDENCIA HABITUAL</b> <b>Andador Vicente Guerrero # 5</b>	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)							
	11.1 Calle y número	11.2 Colonia	11.3 Localidad					
<b>12. ESCOLARIDAD</b> 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 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				<b>13. OCUPACIÓN HABITUAL</b> <b>Agricultor</b> <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
<b>14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> 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				<b>14.1 Número de seguridad social o afiliación</b> <b>41 90 55 00 30-6 5M 1955 PE</b>				
<b>15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN</b> 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 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				<b>15.1 Nombre de la unidad médica</b> <b>Unidad de Medicina Familiar</b> <input type="radio"/> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
<b>16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <b>Heroe de Nacozari</b>	16.1 Calle y número	16.2 Colonia	16.3 Localidad					
				16.4 Municipio o delegación	<b>16.5 Entidad federativa</b> <b>Rascon</b>			
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>	<b>17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> <b>24 01 2017 17:40</b> Día Mes Año Horas Minutos			<b>18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
<b>20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	<b>21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> <b>Código CIE</b>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>20 días</b>		Uso exclusivo del personal codificador <b>Código CIE</b>		
<b>Causas antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a)	<b>Neumotorax espontáneo</b> Debido a (o como consecuencia de)						
	b)	<b>Tuberculosis pulmonar</b> Debido a (o como consecuencia de)						
	c)	Debido a (o como consecuencia de)						
	d)	<b>Diabetes mellitus tipo 2</b> Debido a (o como consecuencia de)						
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>20 días</b>		Uso exclusivo del personal codificador <b>Código CIE</b>		
<b>22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> <b>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</b> 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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	<b>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		<b>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Uso exclusivo del personal codificador <b>21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> <b>Código CIE</b>			
<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>	<b>23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> <b>23.1 Fue un presunto</b> Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			<b>23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			<b>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b> Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>DEL INF.</b>	<b>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b>			<b>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión</b>			<b>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?</b>	
<b>DEL CERTIFICANTE</b>	<b>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión</b> <b>23.7.1 Calle y número</b> <b>23.7.2 Colonia</b> <b>23.7.3 Localidad</b>							
<b>30. DOMICILIO</b> <b>Fauna 202, Col Infonavit Ojo de Agua</b>	<b>23.7.4 Municipio o delegación</b>			<b>23.7.5 Entidad federativa</b>				
<b>DEL REG. CIVIL</b>	<b>24. NOMBRE</b> <b>Jose Luis Novola Ibarra</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			<b>25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b> <b>Hijo</b>				
<b>26. CERTIFICADA POR</b> 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	<b>27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> <b>5304613</b> Número de la cédula profesional							
<b>28. NOMBRE</b> <b>ANUAR HERNANDEZ BRAVI</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	<b>29. TELÉFONO</b>							
<b>33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> Núm. <input type="radio"/> Libro Núm. <input type="radio"/>	<b>34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> <b>34.1 Localidad</b>							
<b>33.1 Acta Núm.</b>	<b>34.2 Municipio o delegación</b>							
<b>34.3 Entidad federativa</b>	<b>34.4 Día</b>							
<b>34.4 Día</b>	<b>34.4 Mes</b>							
<b>34.4 Año</b>	<b>34.4 Año</b>							

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