

160632458



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

FOLIO

160632458

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Maria Olivia Montelongo		Apellido paterno		Apellido materno			
2. CURP		4XCO780720MSPNSL01		Se ignora <input type="checkbox"/> 99		3. SEXO			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		6. PESO		7. TALLA			
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos		Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas		Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:				Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses		Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Meses			
10. ESTADO CONYUGAL		En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		8. FECHA DE NACIMIENTO		Z 0071978			
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Xochicalco 145 San Luis Potosí							
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11.4 Municipio o delegación						San Luis Potosí			
12. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 2 Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> 11 Profesional <input type="checkbox"/> 7 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL		MESERA			
Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria completa <input type="checkbox"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> 6 Posgrado <input type="checkbox"/> 10		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación		Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 10		ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		2406312114-01					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12			
IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.3		Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Valentín Amador 1112 San Luis Potosí		16.1 Calle y número		16.2 Colonia			
16.4 Municipio o delegación						16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		20012017 20:41		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 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									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica									
{ a) Neumonía atípica Debido a (o como consecuencia de)									
b) Infección por VIH Debido a (o como consecuencia de)									
c) Insuficiencia Respiratoria Aguda 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 morbo que la produjo									
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
El embarazo <input type="checkbox"/> 1		El parto <input type="checkbox"/> 2		El puerperio <input type="checkbox"/> 3		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2			
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				Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> 5		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
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									
24. NOMBRE		Andrés Cordero		Apellido paterno		Apellido materno			
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Esposo							
26. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
28. NOMBRE		Mauro Ramírez		Apellido paterno		Apellido materno			
30. DOMICILIO						29. TELÉFONO			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Núm. _____ Libro Núm. _____						20012017			