



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

150899438

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		José Tomás Desiderio Hernández		Apellido paterno		Apellido materno			
2. CURP		DIEHT080609HSPSRM43		Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Náhuatl		4. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99		
6. PESO		Kilogramos	Gramos	7. TALLA	Metros	Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO		
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 <input type="radio"/> 99		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL							
		En unión libre <input checked="" type="radio"/> 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"/> 99							
11. RESIDENCIA HABITUAL		Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)							
11.1 Calle y número		Luis Donaldo Colosio Ejido		11.2 Colonia	San Luis Potosí		11.3 Localidad		
11.4 Municipio o delegación									
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)									
12. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 Secundaria <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 <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL		Estudiante			
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 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		2417013064 - 2				
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 de Ciudad Victoria	15.1 Nombre de la unidad médica		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		SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 SPSSA 0043 S 16	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
16.1 Calle y número		Méjico Laredo fraccionamiento Ojihue	16.2 Colonia	San Luis Potosí		16.3 Localidad			
16.4 Municipio o delegación									
16.5 Entidad federativa									
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		12 10 12 01 17 16 : 25	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"/> 99	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a)		Meningitis Bacteriana por germen no identificado, 7 días							
b)		Infección Respiratoria Aguda							
c)		Sobido 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 morbososo 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?		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4									
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?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
				Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
				(asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 0 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		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									
24. NOMBRE		Tomas Desiderio Hernández		Apellido paterno		Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)								Padre	
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		S707U		28. NOMBRE	
								Jorge Alberto Calván Flores	
28. NOMBRE		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO		Carretera Méjico Laredo Km 10 Ojihue		31. FIRMA				32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Fraccionamiento		San Luis Potosí						Dia Mes Año	
Ciudad Valles									
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							