



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

150899438

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

Y VIOLENTAS

INF.

DEL CERTIFICANTE

L

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JOSÉ TOMÁS Desiderio Hernández Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
2. CURP DIEHT0180609HISIPISRMAT7 Se ignora 099		3. SEXO Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09	4. NACIONALIDAD Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 09
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No 02 Se ignora 09	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 09/06/2008 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 8 Se ignora 09			
9.1 Para menores de un año escribir el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05 Se ignora 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Luis Donaldo Colasio Erido 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Tamaulipas San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria incompleta 02 Secundaria incompleta 04 Bachillerato o preparatoria incompleta 011 Profesional 07 Se ignora 099 Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010		13. OCUPACIÓN HABITUAL Estudiante Se ignora 099 13.1 Trabajaba SI 01 No 02 Se ignora 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 010 Se ignora 099		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2417013064-2	
15. SITIO DE OCURENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09 Hospital General de Ciudad Valles IMSS Oportunidades 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) SIPIS, SA 010 03516 15.3 Vía pública 010 Otro lugar 012 Hogar 011 Se ignora 099			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera México Laredo Fraccionamiento Oxtipa 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Ciudad Valles San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21/10/2017 16:25 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 01 No 02 Se ignora 09	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 01 No 02		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (note una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir. Ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) 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) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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: El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los meses previos a la muerte 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 01 No 02 Se ignora 09	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Escuela u oficina pública 02 Área deportiva 03 Calle o carretera (vía pública) 04 Área comercial o de servicios 05 Se ignora 09		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Código CIE	
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, ante 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 TOMÁS Desiderio Hernández Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			25. PARIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre
26. CERTIFICADA POR Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 08			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 570740
28. NOMBRE Jorge Alberto Calvín Flores Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			29. TELÉFONO
30. DOMICILIO Carretera México Laredo Km 1 Fraccionamiento Oxtipa Ciudad Valles San Luis Potosí			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	