



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

MODULO ZUT /
FOLIO 982164

170640221

*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
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s)	Juan Manuel Mireles Romírez	Primer Apellido	Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
	5. CURP MIRJ770602HOTRMINOZ	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		
	8. 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
	Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4	Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad		
	7 La Ciudad	Zaragoza	Los Dolores		
	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 1379010	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano Col. Luis de lo Pez, Guadalajara		
	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación		
	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	10.11 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL Comercio		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación 1114062319			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ 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	H.C. Ignacio Mieros, P.R.P.	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 2395 Colonia	15.1 Tipo de vialidad	15.8 Nombre de la vialidad Zona Universitaria			
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 713240	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí, San Luis Potosí			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación			
15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15.10.212017 05:05	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada rengón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Debe a (o como consecuencia de) Choque sepiro	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 días	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debe a (o como consecuencia de) Neumonía aguda	28 días			
c) Debe a (o como consecuencia de)	d) Debe a (o como consecuencia de)				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 de servicio	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad			
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE Gutiérrez	Mireles	Romírez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano		
25. 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	Residente	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8049679	Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Angie	Gutiérrez	28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Av. Madero	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		
Zona Universitaria	782740	7345	Colonia		
29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Tipo de asentamiento humano		
29.9 Municipio o delegación San Luis Potosí	29.10 Entidad federativa 441981000	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 25/02/2017		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	33.1 Localidad	Día Mes Año		

170640221

DEL CERTIFICANTE

REG. VIL