



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170641604

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 LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	SANTIAGO HERRERA		RAMIREZ			
Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	25 11 1969	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI	
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP	HERS6911127HSPRMN04		Se ignora <input type="checkbox"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
				7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un dí ^a	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	O 4 7 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:						
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:					
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					
10.1 Tipo de vialidad	MANUEL JOSE OTHON					
10.2 Nombre de la vialidad	6 EJIDO					
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	SAN MARTIN DE ABASO			
79480		SAN NICOLAS TOLENTINO	SAN LUIS POTOSI			
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			

DE LA DEFUNCIÓN

11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8	SESSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8	AGRICULTOR	Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7	IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12		
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6	Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	HOSPITAL GENERAL DE SOLEDAD					
Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1	IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5	SEMAR <input type="checkbox"/> 7	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad		
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6	Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	RIVAS GUILLEN	15.6 Nombre del asentamiento humano		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ					
15.1 Tipo de vialidad	SAN LUIS POTOSI					
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa		
1112	78436	COATZICO	SON LUIS POTOSI	SAN LUIS POTOSI		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	29 04 2017	1253	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día Mes Año Horas Minutos			SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2		
19. 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) SINONIMIE DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)	30 DIAS					
Causas antecedentes Estados morbosos si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica						
b) NEUMONIA ADQUIRIDDA EN ID COMUNIDAD Debido a (o como consecuencia de)	30 DIAS					
c) ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA Debido a (o como consecuencia de)	30 DIAS					
d)						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo						
INSUFICIENCIA RENDI AGUDA	10 DIAS					

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
El embarazo <input type="checkbox"/> 1	El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Código CIE
43 días a 11 meses	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él(a) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u obra) Rancho o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	

DEL CERTIFICANTE

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circ. instancia 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	ANTONIA MEIRO	GOMEZ	GALEGOS	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	ESPOSA					
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 4	Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud	Otro <input type="checkbox"/> 8			4354858					
27. NOMBRE	JOSE MANUEL SANCHEZ	PINTOR		Número de la cédula profesional					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA					
29. DOMICILIO y TELÉFONO	PROLONGACION VICTORIANO AMADOR						29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad						1112	78436	COATZICO
RIVAS GUILLEN	29.7 Código Postal						29.8 Localidad	182601001	GRACIANO SANCHEZ
29.6 Nombre del asentamiento humano							29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12 Entidad federativa
GRACIANO SANCHEZ	SAN LUIS POTOSI						182601001	29.11 Teléfono	29.12 Entidad federativa
29.9 Municipio o delegación							29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12 Entidad federativa
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	29 04 2017	29 04 2017
							Día Mes Año		

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

EG. IL

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.