



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170641818

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 DE SALUD PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.**

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) RN Leija Laia</p> <p>Nombre(s) RN Primer Apellido Leija Segundo Apellido Laia</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO 11 05 2017 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Día Mes Año</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Son Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____</p> <p>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 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____</p> <p>8.2 Semanas de gestación: _____</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Boingo 707 10.1 Tipo de vialidad Fraciamónico 10.2 Nombre de la vialidad Auditoria 10.3 Núm. Exterior 113 10.4 Núm. Interior Chacras 10.6 Nombre del asentamiento humano Son Luis Potosí 10.7 Código Postal 2410820922 10.8 Localidad Chacras 10.9 Municipio o delegación Boeing 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Son Luis Potosí</p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <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 PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación 2410820922-2</p> <p>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 Hospital del Niño y la Niña 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital del Niño y la Niña 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2410820922 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Bulevar 15.1 Tipo de vialidad Mario Roca Tadeo 15.2 Nombre de la vialidad Son Luis Potosí 2510 15.3 Núm. Exterior 178361 15.4 Núm. Interior Fraccionamiento 15.6 Nombre del asentamiento humano Son Luis Potosí 15.7 Código Postal 2410820922 15.8 Localidad Son Luis Potosí 15.9 Municipio o delegación Son Luis Potosí 15.10 Entidad federativa Son Luis Potosí</p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25062017 0011 16.1 Fecha de la defunción 25062017 16.2 Hora de la defunción 0011 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Ataque cardiogénico Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Influenza Real Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Desequilibrio hidroelectrolítico Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Sepsis Neumococal Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p> <p>Reun Nacioc Recuento de 78 suradas</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____</p> <p>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 <input type="radio"/> 4 No estuvo 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Uso exclusivo del personal codificador</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____</p> <p>22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____</p> <p>23. NOMBRE Rosy Arellano Leija Laia</p> <p>Nombre(s) Rosy Arellano Primer Apellido Leija Segundo Apellido Laia</p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre</p> <p>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 <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9774162 Número de la cédula profesional _____</p> <p>27. NOMBRE Lilith Eugenia Contreras Puleján</p> <p>Nombre(s) Lilith Eugenia Primer Apellido Contreras Segundo Apellido Puleján</p> <p>28. FIRMA SG</p> <p>29. DOMICILIO y TELÉFONO Bulevar 29.1 Tipo de vialidad Mario Roca Tadeo 29.2 Nombre de la vialidad Son Luis Potosí 29.3 Núm. Exterior 2510 29.4 Núm. Interior Son Luis Potosí 29.5 Tipo de asentamiento humano _____</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano Son Luis Potosí 29.7 Código Postal 2410820922 29.8 Localidad Son Luis Potosí 29.11 Teléfono _____</p> <p>29.9 Municipio o delegación Son Luis Potosí 29.10 Entidad federativa Son Luis Potosí 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 25062017 Día 25 Mes 06 Año 2017</p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____</p> <p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____</p> <p>32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____</p> <p>32.4 Día 25 Mes 06 Año 2017</p> <p>31.1 Acta Núm. _____</p>									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA

170641818