SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO 170642397

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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): Valeria (Nombre(s)) Barbosa (Primer Apellido) Martinez (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 20 / 01 / 2017 (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Ciudad Valles San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique: Se ignora ○9

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 5 Meses; Para personas de un año o más ___ Años cumplidos; Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Matamoros #105
10.3 Núm. Exterior:
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Centro
10.6 Nombre del asentamiento humano: Xilitla
10.7 Código Postal: 79902
10.8 Localidad: San Luis Potosí
10.9 Municipio o delegación:
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ●1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ●3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ●1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital del Niño y la Mujer
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Blvd
15.2 Nombre de la vialidad: Antonio Rocha Cordero
15.3 Núm. Exterior: 2510
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
15.6 Nombre del asentamiento humano: San Juan de Guadalupe
15.7 Código Postal:
15.8 Localidad: San Luis Potosí
15.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí
15.10 Entidad federativa:

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 19 / 07 / 2017 (Día / Mes / Año); 9:30 (Horas / Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ●2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Neuroinfección	5 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Hipertensión endocraneana	2 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)		
	Debido 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 morboso 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 ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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

DEL INF.

23. NOMBRE: María Fernanda (Nombre(s)) Martínez (Primer Apellido) Rodríguez (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): mamá

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ●3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 2969011 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE: Paola Ariadna (Nombre(s)) Hernández (Primer Apellido) Tollet (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Fraccionamiento
29.2 Nombre de la vialidad: San Juan de Guadalupe
29.3 Núm. Exterior: Antonio Rocha Cordero 2510
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano:
29.6 Nombre del asentamiento humano:
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad: San Luis Potosí
29.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí
29.10 Entidad federativa:
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 19 / 07 / 2017 (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____
31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o delegación
32.3 Entidad federativa
32.4 Día Mes Año

170642397

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

Versión pública