



Roberto Leyva Lucio

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170644955

| | | | | | |
|---|-----|---|--|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Antonio Guadalupe Leyva Cerdá | | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| Nombre(s) | | | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 3. SEXO | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | | |
| Día | Mes | Año | Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | San Luis Potosí | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) |
| 5. CURP | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | 7. NACIONALIDAD | |
| LECA170125HSPYRN10 | | Se ignora <input type="radio"/> | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> | Se ignora <input type="radio"/> |
| 8. EDAD CUMPLIDA | | Para menores de una hora | Para menores de un día | Para menores de un mes | Para menores de un año |
| | | Minutos | Horas | Días | Meses |
| | | Para menores de 28 días anote: | | 8.2 Semanas de gestación: | 9. ESTADO CONYUGAL |
| | | 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | | Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | | Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | 10.1 Tipo de vialidad | 10.2 Nombre de la vialidad |
| | | | | Rural | Ejido el Pedernal |
| 10.3 Núm. Exterior | | 10.4 Núm. Interior | | 10.5 Tipo de asentamiento humano | 10.6 Nombre del asentamiento humano |
| 5 | | | | El Pedernal | San Luis Potosí |
| 10.7 Código Postal | | 10.8 Localidad | | 10.9 Municipio o delegación | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) |
| 78900 | | El Pedernal | | Moctezuma | |
| 11. ESCOLARIDAD | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 | | Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8 | Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 | Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 | ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 | SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 | Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 14.1 Nombre de la unidad médica | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 | | IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 | PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 | Hospital de Niño y la Mujer | Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 15.1 Tipo de vialidad | | 15.2 Nombre de la vialidad | |
| 2510 - | | 15.5 Tipo de asentamiento humano | | 15.6 Nombre del asentamiento humano | |
| 15.3 Núm. Exterior | | 15.4 Núm. Interior | | San Luis Potosí | San Luis Potosí |
| 78340 | | 15.8 Localidad | | 15.9 Municipio o delegación | 15.10 Entidad federativa |
| 15.7 Código Postal | | 15.9 Municipio o delegación | | 15.10 Entidad federativa | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | |
| 06/11/2017 | | Horas 17:45 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 |
| Día Mes Año | | Minutos | | | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | Debido a (o como consecuencia de) | | | |
| b) | | 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 morbo que la produjo | | Disfunción osca. total | | | |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | |
| 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | | El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 | El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) | |
| 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 | | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 | Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 | Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 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 | | 22.7.6 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 | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | Segundo Apellido | | |
| 25. CERTIFICADA POR | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | |
| Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 | | Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 | Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8 | Número de la cédula profesional | |
| 27. NOMBRE | | 28. FIRMA | | | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | Segundo Apellido | | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | Segundo Apellido | | |
| 29.1 Tipo de vialidad | | 29.2 Nombre de la vialidad | 29.3 Núm. Exterior | 29.4 Núm. Interior | 29.5 Tipo de asentamiento humano |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | | 29.7 Código Postal | 29.8 Localidad | 29.11 Teléfono | Día Mes Año |
| 29.9 Municipio o delegación | | 29.10 Entidad federativa | | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | | |
| Número, Libro Núm. | | 32.1 Localidad | | | |
| 31.1 Acta Núm. | | 32.2 Municipio o delegación | 32.3 Entidad federativa | 32.4 Día Mes Año | |

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

170644955