



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017
FOLIO

170645,392

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	ALFREDO		FLORES SALAZAR								
	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO	12 7 11 01	11 9 41 8	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	JALISCO					
5. CURP	FIOISA 4181027HPTL100			Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			7. NACIONALIDAD		
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	6 a 9	Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/>		
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	10 a 99	Se ignora <input type="radio"/>	En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL		
									Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		
									10.1 Tipo de vialidad		
									ATENEA		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano			COL. MARGARITA MORAN				10.2 Nombre de la vialidad		
169		S A N L U I S P O T O S I SLP			S A N L U I S P O T O S				10.6 Número del asentamiento humano		
10.7 Código Postal	10.8 Localidad			10.9 Municipio o delegación				10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	ESTUDIADOR				12. OCUPACIÓN PROFESIONAL	
					Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	240650134				13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	VIA VIAL				Via <input type="radio"/> Autopista <input type="radio"/> Carretera <input type="radio"/> Camino <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/>	
					14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	169	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano			ATENEA				15.2 Nombre de la vialidad	
	74422		S A N L U I S P O T O S I SLP			COL. MARGARITA MORAN				15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal	15.8 Localidad			15.9 Municipio o delegación				15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	25 01 2018	00 18 66 00	Dia	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
								Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)								Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a)	DESEQUILIBRIO HIDRO ELECTROLÍTICO								1 semana	Uso exclusivo del personal codificador
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b)	ELEVACION DE AZOADOS								24 meses	Uso exclusivo del personal codificador
	c)	DIABETES MELLITUS TIPO II								5 años	Uso exclusivo del personal codificador
	d)										
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	TUBERCULOSIS PULMONAR										
20. 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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>			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		
		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Código CIE			
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(fa) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?								Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial <input type="radio"/> Oficina o taller <input type="radio"/> Oficina u obra <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Granja <input type="radio"/>		
	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>								Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		
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		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS											