



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

00 5682

Modelo 2017

FOLIO

170645805

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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) Angel de Jesus Vaca Valerio Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO 02/07/2017 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosi Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP [Blank]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
DEL FALLECIDO	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Blank] Para menores de un día: Horas [Blank] Para menores de un mes: Días [Blank] Para menores de un año: Meses [Blank] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Blank] Se ignora <input type="radio"/> 9	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: Calle 125 Colonia San Marcos 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior: [Blank] 10.4 Núm. Interior: [Blank] 10.5 Tipo de asentamiento humano: Mexquitic 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosi 10.7 Código Postal: [Blank] 10.8 Localidad: Mexquitic 10.9 Municipio o delegación: San Luis Potosi 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [Blank]	
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: [Blank] 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" 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: 4101 84 3332 3F 17 OR	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital general de zona # 1 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Blank] IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad privada <input type="radio"/> 9 14.3 Clave de identificación: [Blank] 14.4 Clave de identificación: [Blank] 14.5 Clave de identificación: [Blank] 14.6 Clave de identificación: [Blank] 14.7 Clave de identificación: [Blank] 14.8 Clave de identificación: [Blank] 14.9 Clave de identificación: [Blank] 14.10 Clave de identificación: [Blank] 14.11 Clave de identificación: [Blank] 14.12 Clave de identificación: [Blank]	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: Calle 203 Colonia Centro 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior: 178230 15.4 Núm. Interior: [Blank] 15.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosi 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosi 15.7 Código Postal: [Blank] 15.8 Localidad: San Luis Potosi 15.9 Municipio o delegación: San Luis Potosi 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi	
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/8/2017 11:12:5 Día Mes Año Horas Minutos	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía intra hospitalaria Debido a (o como consecuencia de) b) Comunicación interventricular, interauricular Debido a (o como consecuencia de) c) Displasia broncopulmonar Debido a (o como consecuencia de) d) Síndrome de Down Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
MUELTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Blank]	
	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 después del parto o aborto <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? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	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? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Blank]	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Blank] 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad: [Blank] 22.7.2 Nombre de la vialidad: [Blank] 22.7.3 Núm. Exterior: [Blank] 22.7.4 Núm. Interior: [Blank] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Blank] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Blank] 22.7.7 Código Postal: [Blank] 22.7.8 Localidad: [Blank] 22.7.9 Municipio o delegación: [Blank] 22.7.10 Entidad federativa: [Blank]	
DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Blank]	
DEL INF.	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Blank]	