



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

00 5682

Modelo 2017
FOLIO

170645805

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL 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		Primer Apellido	Valerio		Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO	0 2 0 7 2 0 1 7	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	
	5. CURP				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
	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	Para menores de un mes	Para personas de un año o más
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 9	
	Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:			
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				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 type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			Himno Nacional			
	125	Calle Colonia			10.2 Nombre de la vialidad			
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano				
		Mexquitic	San Marcos					
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
10.9 Municipio o delegación	Mexquitic	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	San Luis Potosí					
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:	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	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	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital general de zona # 1	Via publica <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	203	Calle Colonia	Nicolas Zapata 203 Centro	15.2 Nombre de la vialidad				
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano					
7 8 2 3 0	San Luis Potosí	15.8 Localidad	San Luis Potosí San Luis Potosí					
15.7 Código Postal	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa	San Luis Potosí					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	218 1 10 2017	15.1 Tipo de vialidad	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1 No <input 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	(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		
PARTE I	Neumonia intra hospitalaria					Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Debido a (o como consecuencia de)							
a)	Comunicacion interventricular, interauricular							
b)	Debido a (o como consecuencia de)							
c)	Displasia broncopulmonar							
d)	Debido a (o como consecuencia de)							
Sindrome de Down								
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:		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 Código CIE			
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2		
43 días a 11 meses	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte	<input type="radio"/> 5						
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4								
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		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 Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	Otro <input type="radio"/> 8		
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)				
			Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	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	22.7.5 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					
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 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3						1811780		