

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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) Heracio Medina Rubio Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | | | | |
| | 2. FECHA DE NACIMIENTO 14/04/1960 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 Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | | | |
| | 5. CURP MIE24600914HSP031406 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | | | |
| DEL FALLECIDO | 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 Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 56 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| | 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 7 Localidad Las Lagunitas 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad Miguel Alemán 10.3 Núm. Exterior 39797 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Santa Catarina 10.6 Nombre del asentamiento humano 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) | | | 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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 Campesino Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación 2405109636 | | |
| DEL FALLECIDO | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input 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 | | | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input 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 Río Verde 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | |
| | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle SN Localidad Río Verde 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 109610 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Río Verde 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa | | | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/03/2017 14:12 Día Mes Año Horas Minutos | | |
| | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <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) Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de) b) Tuberculosis Pulmonar Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonía Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Diabetes Mellitus tipo 2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 horas 1 semana 5 días 20 años Uso exclusivo del personal codificador Código CIE | | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | |
| DEL FALLECIDO | 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 Últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 | | |
| | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 | | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | |
| | 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? Sí <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 <input type="radio"/> 3 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) | | | 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | |
| DEL FALLECIDO | 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 FALLECIDO | 23. NOMBRE Norberto Medina Duran Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo | | |
| | 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique | | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9046784 Número de la cédula profesional | | |
| | 27. NOMBRE Ma. Guadalupe Paredes Rosales Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | | 28. FIRMA [Firma] | | |
| | 29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle 7 Localidad Río Verde 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad Miguel Alemán 29.3 Núm. Exterior 109610 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano Río Verde 29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono | | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20/03/2017 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 32.5 Mes 32.6 Año | | |

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

170650009