



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017  
FOLIO

170650158

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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) <b>Joaquín López Moreno</b>		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>16 08 1929</b> 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 <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <b>L0MJ290816HSPPRQ05</b>		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 <b>87</b>		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
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 checked="" type="radio"/> 5 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) <b>5</b> 10.1 Tipo de vialidad <b>calle 16 de septiembre</b> 10.2 Nombre de la vialidad <b>Rioverde</b> 10.3 Núm. Exterior <b>79610</b> 10.4 Núm. Interior <b>10</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Rioverde</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 10.7 Código Postal <b>79610</b> 10.8 Localidad <b>Rioverde</b> 10.9 Municipio o delegación <b>Rioverde</b> 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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>carpintero</b> 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 <b>2407641404-1</b>			

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital General Rioverde 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		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <b>Gama y carretera a San Cirio</b> 15.2 Nombre de la vialidad <b>Rioverde</b> 15.3 Núm. Exterior <b>79610</b> 15.4 Núm. Interior <b>10</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Rioverde</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal <b>79610</b> 15.8 Localidad <b>Rioverde</b> 15.9 Municipio o delegación <b>Rioverde</b> 15.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>29 07 2017 17:55</b> 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 PRACTICÓ 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, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Insuficiencia renal</b> Debido a (o como consecuencia de) <b>deshidratación</b> b) <b>gastroenteritis</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Sangrado de tubo digestivo alto</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>15 días</b> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>8 días</b> <b>15 días</b> <b>15 días</b> <b>15 días</b>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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? 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 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7 Añote 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 INF.

23. NOMBRE <b>Jose Alfredo López Meza</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hijo</b>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 4 Médico leñista <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	