



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017  
FOLIO

170651572

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOV-09

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Claudia</u> Primer Apellido <u>Carrero</u> Segundo Apellido <u>Barra</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>24</u> Mes <u>01</u> Año <u>2019</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>México San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>CLA11C712102214M519R13121012</u>	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 <u>45</u> Para menores de un día: Horas <u>00</u> Para menores de un mes: Días <u>00</u> Para menores de un año: Meses <u>00</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>45</u> Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 checked="" 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) <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 10.3 Núm. Exterior <u>24</u> 10.4 Núm. Interior <u>00</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Comunidad</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>El Aguaje</u> 10.7 Código Postal <u>66000</u> 10.8 Localidad <u>Cárdenas</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	

DE LA DEFUNCIÓN

11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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"/> 9		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
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 MSS <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"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de <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 checked="" type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Sanatorio Hospital de Medicina Cárdenas</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>26 DE ABRIL</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Calle</u> 15.3 Núm. Exterior <u>24</u> 15.4 Núm. Interior <u>00</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Comunidad</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>El Aguaje</u> 15.7 Código Postal <u>66000</u> 15.8 Localidad <u>Cárdenas</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>01</u> Mes <u>11</u> Año <u>2019</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>15</u>		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			

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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) <u>Infarto Agudo de Miocardio</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Hipertensión Arterial Sistólica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>6 años</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>20</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>6 años</u> Uso exclusivo del personal codificador			
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		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>20</u>	
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) <u>6 años</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u>		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>24</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>00</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Comunidad</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>El Aguaje</u>	

\*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.