



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017  
FOLIO

170651572

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOV-09

\*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Claudia</u> Primer Apellido <u>Carrasco</u> Segundo Apellido <u>Labran</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>CLA11C17210224MSP19R1321012</u> Se ignora <input type="radio"/> _99	
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 _____ Se ignora <input type="radio"/> _9	
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 <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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle <u>CONQUILO</u></u> 10.1 Tipo de vialidad <u>CONQUILO</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>EL AGUAJE</u> 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>COMUNIDAD</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>EL AGUAJE</u> 10.7 Código Postal <u>EL AGUAJE</u> 10.8 Localidad <u>CARDENAS</u> 10.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>SAN LUIS POTOSÍ</u>	
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"/> _99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input type="radio"/> _2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 <u>ANA DE CASA</u> 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 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"/> _99 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 type="radio"/> _9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>SANATORIO HORTENSIA MEDAS CARDENAS</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>CALLE</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>26 DE ABRIL</u> 15.3 Núm. Exterior <u>24</u> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>ZONA</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>CONQUILO</u> 15.7 Código Postal <u>239380</u> 15.8 Localidad <u>CARDENAS</u> 15.9 Municipio o delegación <u>CARDENAS</u> 15.10 Entidad federativa <u>SAN LUIS POTOSÍ</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>05</u> Mes <u>11</u> Año <u>2019</u> Horas <u>07</u> Minutos <u>25</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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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, 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) <u>20 MIN</u> b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ 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 morbooso que la produjo <u>HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA</u> <u>DIABETES MELLITUS TIPO 2</u> <u>6 AÑOS</u> <u>6 AÑOS</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
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. 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 Anote 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 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 _____	