



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170652184

*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. BILLES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN SON PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

170652184

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(a)	Mildred Guadalupe Martinez Hernandez					
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
	2. FECHA DE NACIMIENTO	10/20/16	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	Día	Mes	Año	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
	5. CURP				Unidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	0 4		
	Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación:			Para personas de un año o más Meses		
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Años cumplidos		
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad		
E/S/N	Ejido			El Ojite			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Ciudad Valles	10.6 Nombre del asentamiento humano			
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	San Luis Potosí	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Ninguna	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Ninguna
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	Hospital General Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Ciudad Valles
15. DOMICILIO	ONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Km7	Carretera Fraccionamiento	Mexico-aredo	14.2 Clave Única SIP SSA 000356	Establecimientos de Salud (CLUES)	15.2 Nombre de la vialidad
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Ciudad Valles	15.6 Nombre del asentamiento humano			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	San Luis Potosí	15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	10/32/17	10:22:00	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: ataque cardíaco, astenia, etc.)	a) Hipoxia Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbos si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en su último lugar la causa básica					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	5 días
PARTE I	b) Laringospasmo severo Debido a (o como consecuencia de)					Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	5 días
Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente	c) Laringomalacia Debido a (o como consecuencia de)						4m21 días
	d) Neumonía nosocomial						13 días
PARTE II	Encefalocele postoperatorio						4m21 días
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estadio morbos que la produjeron	Síndrome cismorfico						4m21 días
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	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	Accidente <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/>		
Homicidio <input type="radio"/>	Suicidio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/>	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>		
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					Otro <input type="radio"/>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad					Se ignora <input type="radio"/>	
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 DEL INF.	Osvaldo	Martinez	Tinajero	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Padre				
25. CERTIFICA A POR	25.1 Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Personas autorizadas por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>					26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>	3354133			
	Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>	Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE DEL FALLECIDO	Celene Velazquez	Calva	28. FIRMA				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
29. DOMICILIO	Carretera	Mexico-Laredo	Km7				
TELÉFONO	Opitipa	Fraccionamiento					
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior				
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Tipo de asentamiento humano				
Ciudad Valles	San Luis Potosí						
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día	16				
29.11 Teléfono		Mes	03				
		Año	2017				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						