



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 DESPUÉS DE LA DEFUNCIÓN.

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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Mildred Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>2</u> Mes <u>3</u> Año <u>1920</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>San Luis Potosi</u>
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLA 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 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 type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda <u>S/N</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Ejido</u> 10.3 Núm. Exterior <u>103</u> 10.4 Núm. Interior <u>2016</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 10.7 Código Postal <u>24161</u> 10.8 Localidad <u>Carretera</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Mexico-Laredo</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Oaxitipa</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" 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		12. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 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 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2416135304</u>	

DE LA DEFUNCIÓN

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		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Ciudad Valles</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SIPSSA000356</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Fraccionamiento</u> 15.3 Núm. Exterior <u>7</u> 15.4 Núm. Interior <u>1220</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 15.7 Código Postal <u>24161</u> 15.8 Localidad <u>Oaxitipa</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Mexico-Laredo</u> 15.10 Entidad federativa <u>Oaxitipa</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>6</u> Mes <u>3</u> Año <u>2017</u> Horas <u>1</u> Minutos <u>20</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input 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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Hipoxia</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Laringoespasmo severo</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) <u>Laringomalacia</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ d) <u>Neumonía nosocomial</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo <u>Encefalocèle postoperatorio</u> <u>Síndrome dismórfico</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>5 días</u> <u>5 días</u> <u>4m21 días</u> <u>13 días</u> <u>4m21 días</u> <u>4m21 días</u>	
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 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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <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	
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 vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 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 CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Osvaldo</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Tinajero</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICANTE POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique _____	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3354133</u> Número de la cédula profesional	27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Celene Velazquez</u> Primer Apellido <u>Calva</u> Segundo Apellido <u>Calva</u>	28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Oaxitipa</u> 29.3 Núm. Exterior <u>7</u> 29.4 Núm. Interior <u>1220</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 29.7 Código Postal <u>24161</u> 29.8 Localidad <u>Oaxitipa</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Mexico-Laredo</u> 29.10 Entidad federativa <u>Oaxitipa</u>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>16</u> Mes <u>3</u> Año <u>2017</u>	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO _____			



170652184