

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

170652245

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
Severina		Santiago		Perez		SLP	
21/10/1884		Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA	
		Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> 33 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda	
		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 3		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.2 Nombre de la vivienda	
		En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		Ramo		Akanzen	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
				Ranchera		San Antonio	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
				SLP		SLP	
11. ESCOLARIDAD		12. Ocupación Habitual		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
Ninguna <input 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		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 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		14.1 Nombre de la unidad médica	
		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
CMT		25/10/19105		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
		C Valles		C Valles		SIP	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
				SIP		SLP	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) <i>Influenza respiratoria aguda</i> Debido a (o como consecuencia de)							
b) <i>Tuberculosis pulmonar</i> Debido a (o como consecuencia de)							
c) <i>Desnutrición grave</i> Debido a (o como consecuencia de)							
d) <i>Desnutrición grave</i> 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 morbo que la produjo							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE							
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	
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		43 días a 11 meses		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	
43 días a 11 meses		después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7)	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
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		Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		22.7.1 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	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Número de la cédula profesional	
Magdalena Santiago Pérez						7951637	
27. NOMBRE		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Emmanuel Medina Prado				Cárdenas		25/04/2017	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Día Mes Año	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad			
Cádiz		SLP					
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. MUNICIPIO O DELEGACIÓN		34. ENTIDAD FEDERATIVA	
Número, Libro Núm.		Localidad		Cárdenas		Día Mes Año	
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación		33.1 Municipio o delegación		34.1 Día Mes Año	