SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO 170652506

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Oscar Luis (Nombre(s)) Alvarado (Primer Apellido) Cruz (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 06 / 10 / 1976 (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre (1) Mujer (2) Se ignora (9)

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: AUCO761006HSPMRS05 Se ignora (99)

6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí (1) No (2) Se ignora (9)

7. NACIONALIDAD: Mexicana (1) Otra (2) → Especifique: Se ignora (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 40 Años cumplidos; Se ignora (9)

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Unión libre (4) Separado(a) (6) Viudo(a) (2) Casado(a) (5) Divorciado(a) (3) Soltero(a) (1) Se ignora (9)

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: 16 de septiembre
10.3 Núm. Exterior:
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
10.6 Nombre del asentamiento humano: 21
10.7 Código Postal:
10.8 Localidad:
10.9 Municipio o delegación: Cerro
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna (1) Preescolar (12) Primaria (3) Secundaria (5) Bachillerato o preparatoria (7) Profesional (8) Posgrado (10) Se ignora (99)
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (1) Incompleta (2)

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Se ignora (99)
12.1 Trabajaba: Sí (1) No (2) Se ignora (9)

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna (1) ISSSTE (3) SEDENA (5) Seguro Popular (7) Otro (8) IMSS (2) PEMEX (4) SEMAR (6) IMSS PROSPERA (10) Se ignora (99)
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 24076205341-3

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud (1) IMSS (3) PEMEX (5) SEMAR (7) IMSS PROSPERA (2) ISSSTE (4) SEDENA (6) Otra unidad pública (8) Unidad médica privada (9) Vía pública (10) Otro lugar (12) Hogar (11) Se ignora (99)
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Cerro Gordo
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SLPSL000313016

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera
15.2 Nombre de la vialidad: Cerro Gordo - Tamazunchale km 9
15.3 Núm. Exterior:
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Terracería
15.6 Nombre del asentamiento humano: Cerro
15.7 Código Postal:
15.8 Localidad:
15.9 Municipio o delegación: Cerro Gordo
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 02 / 05 / 2017 (Día / Mes / Año) 10:00 (Horas / Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (1) No (2) Se ignora (9)

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí (1) No (2)

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) Choque séptico
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
b) Tumor maligno de mama
Debido a (o como consecuencia de)
c)
Debido a (o como consecuencia de)
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 5 días; 7 días

Uso exclusivo del personal codificador
Código CIE

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo (1) El parto (2) El puerperio (3) 43 días a 11 meses después del parto o aborto (4) No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte (5)
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí (1) No (2)
21.3 ¿Las causas anotadas influyeron en el embarazo, parto o puerperio? Sí (1) No (2)

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente (1) Homicidio (2) Suicidio (3) Se ignora (9)
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí (1) No (2) Se ignora (9)
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular (0) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) (1) Escuela u oficina pública (2) Área deportiva (3) Calle o carretera (vía pública) (4) Área comercial o de servicio (5) Área industrial (taller, fábrica u obra) (6) Granja (rancho o parcela) (7) Otro (8) Se ignora (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
22.7.7 Código Postal
22.7.8 Localidad
22.7.9 Municipio o delegación
22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE: Raúl Gerardo (Nombre(s)) Alvarado (Primer Apellido) de la Cruz (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hermano

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante (1) Médico legista (2) Otro médico* (3) Persona autorizada por la Secretaría de Salud (4) Autoridad civil* (5) Otro* (8) *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 1951637

27. NOMBRE: Manuel (Nombre(s)) Medina (Primer Apellido) Prado (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera
29.2 Nombre de la vialidad: Cerro Gordo - Tamazunchale km 9
29.3 Núm. Exterior:
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Terracería
29.6 Nombre del asentamiento humano: Cerro
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad:
29.9 Municipio o delegación: Ciudad Valles
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 02 / 05 / 2017 (Día / Mes / Año)

DEL REG.

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

170652506

Ejemplo sin valor oficial