



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

FOLIO

170652550

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|------------|---|--|---|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | <i>Obispo</i> | | Morales | | Fernandez H6U239 | | | |
| | | Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 3. SEXO | 4. ENTIDAD | | | | | | |
| 01/04/1940 | | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | Soy | | | | | | |
| 5. CURP | | 6. ¿HA LE? | | | | | | | |
| MOHO400401HISPRR8103 | | Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉ | | | | | | | |
| 7. NACIONALIDAD | | 8. EDAD CUMPLIDA | | 9. ESTADO | | 10. RESIDENCIA HABITUAL | | | |
| Mexicana <input checked="" type="radio"/> O ₁ | | Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos | | 8.2 Semanas de gestación: | | Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | | |
| Otra <input type="radio"/> O ₂ | | Para menores de un día <input type="radio"/> Horas | | En un <input type="radio"/> | | <i>Calle Localidad Ciudad Valles</i> | | | |
| Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉ | | Para menores de un mes <input type="radio"/> | | | | 10.1 Tipo de vialidad | | | |
| 11. ESCOLARIDAD | | 12.1.1 La escolaridad seleccionada es: | | | | 10.5 Tipo de asentamiento humano | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> O ₁ Preescolar <input type="radio"/> O ₁₂ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> O ₇ Profesional <input type="radio"/> O ₈ | | Primaria <input type="radio"/> O ₃ Posgrado <input type="radio"/> O ₁₀ | | Secundaria <input type="radio"/> O ₅ Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉ | | 10.6 Nombre del asentamiento humano | | | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN? | |
| Ninguna <input type="radio"/> O ₁ ISSSTE <input type="radio"/> O ₃ IMSS <input type="radio"/> O ₂ PEMEX <input type="radio"/> O ₄ | | Secretaría de Salud <input type="radio"/> O ₁ IMSS <input type="radio"/> O ₃ PEMEX <input type="radio"/> O ₅ SEMAR <input type="radio"/> O ₇ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O ₂ ISSSTE <input type="radio"/> O ₄ SEDENA <input type="radio"/> O ₆ Otra unidad médica privada <input type="radio"/> O ₈ | | Hospital General | | 15.3 Núm. Exterior 79090 | | 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles | |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo PARTE I) | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS | | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | |
| Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ | | a) Estado de coma Debido a (o como consecuencia de) | | Uso exclusivo del personal codificador Código CIE | | 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | | 22.1 Fue un presunto accidente | |
| 23. NOMBRE | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | 25. CERTIFICADA POR | | 26. SÍ E | | 27. NOMBRE | |
| Cirilo | | Hernan | | Médico tratante <input type="radio"/> O ₁ Médico legista <input type="radio"/> O ₂ Autoridad civil* <input type="radio"/> O ₄ Otra* <input type="radio"/> O ₈ | | CERTIFICA ANTE ES MÉDICO | | Julio Cesar | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Otro médico* <input type="radio"/> O ₃ *Especifique | | 10. NACIMIENTO | | 28.1 Tipo de vialidad | |
| 28.2 Número de la vialidad | | 29. DOMICILIO y TELÉFONO | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | 29.3 Núm. Exterior | | 29.4 Núm. Interior | |
| 29.4 Número del asentamiento humano | | Calle Localidad Ciudad Valles | | 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | 29.5 Tipo de asentamiento humano | | 30.1 Día 03/06/2017 | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | | Oxitipa | | 29.7 Código Postal 79101910 | | 29.8 Número de teléfono | | 30.2 Mes | |
| 29.9 Municipio o delegación | | Ciudad Valles | | 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí | | 29.911 | | 30.3 Año | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | | | | | | |