



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170652698

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Alfonso Hernandez Sanchez		Segundo Apellido				
Nombre(s)		Primer Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
Día	Mes	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD				
HEISAG410131HSPRN2051		Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Ctra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/>				
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	52	Se ignora <input type="radio"/> Años cumplidos
		Minutos	Horas	Días	Meses			
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL		Especifique		
				Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	Divorciado(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/>	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		
22		Rural		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
10.3 Núm. Exterior		Ayacaca		10.8 Localidad		San Luis Potosí		
10.4 Núm. Interior		coacatlán		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
10.7 Código Postal								
11. ESCOLARIDAD		Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/>	
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> preparatoria		Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	Obrera <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba		No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		SSTE <input type="radio"/> EMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación		Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>		PE MEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			Se ignora <input type="radio"/>	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Hospital General de Cd. Valles		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
Km 7		C. Valles						
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.7 Código Postal						San Luis Potosí		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17	12	13	15	0	15.1 Tipo de vialidad	
Día Mes Año		Horas	Minutos	15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa	
10 3 6 7 20				C. Valles				
15.2 Nombre de la vialidad		Frac Oxit. pc		15.3 Nombre de la vialidad		San Luis Potosí		
15.4 Núm. Interior				15.5 Nombre de la vialidad				
15.7 Código Postal				15.6 Nombre del asentamiento humano				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Dejado a (o como consecuencia de)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Dejado a (o como consecuencia de)						
		c) Dejado a (o como consecuencia de)						
		d) Dejado 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		Tuberculosis Miliar		3 meses		8 años		
		Hepatopatía Alcohólica						
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?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>								
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL		22.1 Fue un presunto accidente		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
		Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	Homicidio <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Escuela u oficina <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/>		
		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		(asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	(taller, fábrica o oficina) <input type="radio"/>	Cránea o parcial <input type="radio"/>		
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				3 meses		
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						
22.7.3 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						22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE		Angel Hernandez Sanchez		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)		Primer Apellido				Hermano		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>		Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique		6311552		
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>						Número de la cédula profesional		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						12 FIRMA		

Angel Arturo Cruz Nava

Dr. Angel Arturo Cruz Nava
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD DEL NORESTE
CED. PROF-6311552 REG. EST. SLR-832/2015 H.C.
No. ISSSTE 903944