



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170654042

*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 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(a) <u>Angelino</u> Nombre(s)		<u>Santiago</u> Primer Apellido		<u>Sullivan HGU 028</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>01</u> Mes <u>10</u> Año <u>1990</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>SAIS19011001HSPNLN04</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u> </u> Para menores de un día: Horas <u> </u> Para menores de un mes: Días <u> </u> Para menores de un año: Meses <u> </u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>027</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Localidad</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Tomascales</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>139900</u> 10.4 Núm. Interior: <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código postal: <u> </u> 10.8 Localidad: <u> </u> 10.9 Municipio o delegación: <u> </u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u> </u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación: <u>Jornalero</u> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>241026797</u>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Valles <input checked="" 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: <u>Hospital General de Valles</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>SPSSA100013516</u>		15. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Localidad</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u> </u> 15.3 Núm. Exterior: <u>139010</u> 15.4 Núm. Interior: <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código postal: <u> </u> 15.8 Localidad: <u> </u> 15.9 Municipio o delegación: <u> </u> 15.10 Entidad federativa: <u> </u>	
16. FECHA Y HORAS DE LA DEFUNCIÓN Día <u>13</u> Mes <u>10</u> Año <u>2018</u> Horas <u>18</u> Minutos <u>16</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
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>Choque cardiogenico</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Neumotórax a tensión</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>Tuberculosis Pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u>Desnutrición severa</u> 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 <u>A150</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>24 hrs</u> <u>10 días</u> <u>3 meses</u> <u>3 años</u>		Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE <u>A150</u> <u>E93</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si el embarazo ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a): <u> </u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u> </u>	
22.7 Añote el domicilio del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u> </u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior: <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u> </u> 22.7.7 Código Postal: <u> </u> 22.7.8 Localidad: <u> </u> 22.7.9 Municipio o delegación: <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa: <u> </u>		23. NOMBRE <u>Angelino</u> Nombre(s) <u>Santiago</u> Primer Apellido <u>García</u> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO <u>Padre</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>1979285</u>		27. NOMBRE <u>Julio Cesar</u> Nombre(s) <u>Cortes</u> Primer Apellido <u>Martínez</u> Segundo Apellido		28. FIRMA <u> </u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Localidad</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u> </u> 29.3 Núm. Exterior: <u> </u> 29.4 Núm. Interior: <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u> </u> 29.7 Código Postal: <u> </u> 29.8 Localidad: <u> </u> 29.9 Municipio o delegación: <u> </u> 29.10 Entidad federativa: <u> </u> 29.11 Teléfono: <u> </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>13</u> Mes <u>10</u> Año <u>2018</u>			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			

170654042