



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170654042

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL FALLECIDO (Nombre(s)) Angelino 2. FECHA DE NACIMIENTO 01 10 1990 (Día Mes Año) 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O9 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)) 5. CURP SASAN901001HSPLN04 (Se ignora <input type="radio"/> O99) 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O9 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> O2 (Se ignora <input type="radio"/> O9) 8. EDAD CUMPLIDA 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"/> (Minutos) <input type="radio"/> (Horas) <input type="radio"/> (Días) <input type="radio"/> (Meses) 01217 (Años cumplidos) <input type="radio"/> O9 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 (En unión libre <input type="radio"/> O4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> O9) 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Localidad 10.1 Tipo de vialidad Territorial 10.2 Nombre de la vialidad Tomascales 10.3 Núm. Exterior 7990 10.4 Núm. Interior 10 10.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código postal 43000 10.8 Localidad Xilitla 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> O2 12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> O99 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> O99 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 8 12.1 Trabajaba: Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> O9 IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> O99 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 24110267917 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital General de Valles 14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Vía pública <input type="radio"/> O10 Otro lugar <input type="radio"/> O12 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> O99 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> O99 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Cuauhtémoc 15.1 Tipo de vialidad Fraccionamiento 15.2 Nombre de la vialidad Oxígeno 15.3 Núm. Exterior 7990 15.4 Núm. Interior 10 15.5 Tipo de asentamiento humano Cuauhtémoc 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código postal 43000 15.8 Localidad Cuauhtémoc 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13 01 2018 18 18 16 (Día Mes Año Horas Minutos) 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O2 Se ignora <input type="radio"/> O9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O2 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) Chocó en el coche Debido a (o como consecuencia de) b) Neumotórax a tensión Debido a (o como consecuencia de) c) Tuberculosis Pulmonar Debido a (o como consecuencia de) d) Desnutrición severa 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 A1150 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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 Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O2 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> O1 No <input type="radio"/> O2 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> O1 No <input type="radio"/> O2 Uso exclusivo del personal codificador 43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> 4 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE A1150 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> O1 Homicidio <input type="radio"/> O2 Suicidio <input type="radio"/> O3 Se ignora <input type="radio"/> O9 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> O1 No <input type="radio"/> O2 Se ignora <input type="radio"/> O9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> O0 Área deportiva <input type="radio"/> O3 Área industrial <input type="radio"/> O6 (taller, fábrica u oficina) 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido Trabajador Relación EMPRESA EMPRESA 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7 Anote el domicilio del presunto accidente, homicidio o suicidio donde ocurrió la lesión 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 Angelino Santiago Garcia 24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO 14111 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> O1 Médico legista <input type="radio"/> O2 Otro médico <input type="radio"/> O3 Interventor de Guardia <input type="radio"/> O4 Otro <input type="radio"/> O8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10701285 Número de la cédula profesional Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil <input type="radio"/> O5 27. NOMBRE Julio Cesar Cortes Martinez 28. FIRMA 14111 29. DOMICILIO Y FONO Cuauhtémoc Méjico 14000 km 7 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano Oxígeno 171904101 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.11 Teléfono 29.12 Entidad federativa 29.9 Municipio o delegación Cuauhtémoc San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 29.12 Entidad federativa 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA Oficina de Juzgados 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 13 01 2018 Día Mes Año 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 13 01 2018 Día Mes Año	
---	--

*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 ESTAN 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

170654042