



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

00 5984

Modelo 2017

FOLIO

170645593

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>JAVIER LÓPEZ IBARRA</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>17/03/1954</b> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <b>L0A15540317A5PBBV01</b> Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
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: <b>63</b> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	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"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>102 CALLE FRACCIONAMIENTO SAN PABLO SAN ANGEL TERCERA SECCION</b> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>78110 SAN LUIS POTOSÍ SAN LUIS POTOSÍ</b> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		

11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>HOGAR</b> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>A002500621/4</b>	

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
---	--

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>102 CALLE FRACCIONAMIENTO SAN PABLO SAN ANGEL TERCERA SECCION</b> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>78110 SAN LUIS POTOSÍ SAN LUIS POTOSÍ MEXICO</b> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa
---

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>15/02/2017 3:00</b> Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
---	--	---

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>ENFISEMA PULMONAR.</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>EZQUIZOFRENIA</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>EPOC</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>TUBERCULOSIS</b> <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <b>LITIASIS RENAL Y VESICULAR.</b>	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 MES</b> <b>7 AÑOS</b> <b>10 AÑOS</b> <b>30 AÑOS</b> <b>3 MESES</b>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
--	--	--

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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
--	---	--	---

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8
---	---	---	---

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 Añote 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 <b>22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa</b>
---

23. NOMBRE <b>FRANCISCO JAVIER LÓPEZ ALONSO</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hijo</b>
--	---

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 <b>DIRECTIVO</b>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>3447105</b>
---	--

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.

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

