



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

Modelo 2017
FOLIO

170654957

642

| | | | |
|---|-----|--|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Ma. Joaquina Montes Laureano | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 3. SEXO | |
| Día | Mes | Año | Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 5. CURP | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | |
| MOLJ630307MSPNRQ016 | | San Luis Potosí | |
| | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | |
| | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | |
| | | Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| | | 7. NACIONALIDAD | |
| | | Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> 2 → Especifique | |
| | | 8. EDAD CUMPLIDA | |
| Para menores de una hora | | Para menores de un día | Para menores de un mes |
| Minutos | | Horas | Días |
| | | Para menores de un año | |
| | | Meses | |
| | | Para personas de un año o más | |
| | | Años cumplidos | |
| | | 10. RESIDENCIA HABITUAL | |
| Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | Calle | |
| | | 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 | |
| | | 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 | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | |
| Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 | | Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 | |
| | | 12. OCCUPACIÓN HABITUAL | |
| | | Ama de Casa | |
| | | 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| | | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | |
| Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 | | 13.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| | | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | |
| | | 14.1 Nombre de la unidad médica | |
| | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| | | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | |
| | | 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 | |
| | | 15.7 Código Postal | |
| | | 15.8 Localidad | |
| | | 15.9 Municipio o delegación | |
| | | 15.10 Entidad federativa | |
| | | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | |
| Dia Mes Año Horas Minutos | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | |
| | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| | | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | |
| | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 | |
| | | 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 estadio patológico que produjo la muerte directamente | | a) <u>Enfermedad Renal Crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) | |
| | | b) <u>Diabetes Mellitus II</u> Debido a (o como consecuencia de) | |
| | | c) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) | |
| | | d) | |
| Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | |
| | | 1 año | |
| | | 12 años | |
| | | 2 años | |
| | | Código CIE | |
| | | PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio moroso que la produjo | |
| | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | |
| | | El parto <input type="radio"/> 2 | |
| | | El puerperio <input type="radio"/> 3 | |
| | | No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | |
| | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | |
| | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | |
| | | 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? | |
| | | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 | |
| | | Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 | |
| | | Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 | |
| | | Área deportiva (vía pública) <input type="radio"/> 3 | |
| | | Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 | |
| | | Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 | |
| | | Otro <input type="radio"/> 8 | |
| | | Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| | | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) | |
| | | 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 Anote 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 | |
| | | 22.7.7 Código Postal | |
| | | 22.7.8 Localidad | |
| | | 22.7.9 Municipio o delegación | |
| | | 22.7.10 Entidad federativa | |
| | | 23. NOMBRE | |
| Nombre(s) | | Margarita Máximo Montes | |
| | | Primer Apellido | |
| | | Segundo Apellido | |
| | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | |
| | | Hija | |
| | | Número de la cédula profesional | |
| | | 25. CERTIFICADA POR | |
| Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otrp médico <input checked="" type="radio"/> 3 | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | |
| | | Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 | |
| | | *Especifique | |
| | | 27. NOMBRE | |
| Nombre(s) | | Hermilia Flores Lezama | |
| | | Primer Apellido | |
| | | Segundo Apellido | |
| | | 28. FIRMA | |
| | | 29. DOMICILIO y TELÉFONO | |
| 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 | |
| | | 29.7 Código Postal | |
| | | 29.8 Localidad | |
| | | 29.9 Municipio o delegación | |
| | | 29.10 Entidad federativa | |
| | | 29.11 Teléfono | |
| | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | |
| | | 10/07/2017 | |
| | | Día Mes Año | |
| | | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | |
| Número <input type="radio"/> 1 Libro Núm. <input type="radio"/> 05 | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | |
| | | 32.1 Localidad | |
| | | 32.2 Municipio o delegación | |
| | | 32.3 Entidad federativa | |
| | | 32.4 Día Mes Año | |