



SECRETARÍA DE SALUD

Modelo 2017

FOLIO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

170655561

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) J. Isabel Santiago	
2. FECHA DE NACIMIENTO 09/12/1942	
3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP SAXI421209HS PNXS04	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA 74 años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL ☒ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ En unión libre ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL C. Principal	
10.1 Tipo de vivienda Principal	
10.2 Nombre de la vivienda Principal	
10.3 Núm. Exterior 13	
10.4 Núm. Interior 13	
10.5 Tipo de asentamiento humano Piloxtila Matlapa	
10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.7 Código Postal 779970	
10.8 Localidad Piloxtila	
10.9 Municipio o delegación Matlapa	
10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercaria ☐ Superior ☐ Ninguna ☐ Preescolar ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Amatador	
12.1 Trabajaba ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Otra ☐ Se ignora ☐	
13.1 Número de seguridad social 24051028542	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN C. Principal	
14.1 Nombre de la unidad médica C. Principal	
14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES) C. Principal	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN C. Principal	
15.1 Tipo de vivienda Principal	
15.2 Nombre de la vivienda Principal	
15.3 Núm. Exterior 13	
15.4 Núm. Interior 13	
15.5 Tipo de asentamiento humano Piloxtila Matlapa	
15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
15.7 Código Postal 779970	
15.8 Localidad Piloxtila	
15.9 Municipio o delegación Matlapa	
15.10 Entidad federativa San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 06/12/2017 08:30	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paracaídas, asfixia, etc.)	
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
a) Insuficiencia Respiratoria	
b) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	
c) Tuberculosis miliar	
d) Desnutrición	
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 1d1a	
21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
21.1 Especifique el parto ocurrido durante: ☐ El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio	
21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones o complicaciones del embarazo o parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
21.3 Las causas anotadas fueron complicaciones o complicaciones del embarazo o parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA? ESPECIFIQUE	
22.1 Fue un presunto ☐ Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público en el acta número:	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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 vivienda Principal	
22.7.2 Nombre de la vivienda Principal	
22.7.3 Núm. Exterior 13	
22.7.4 Núm. Interior 13	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano Piloxtila Matlapa	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
22.7.7 Código Postal 779970	
22.7.8 Localidad Piloxtila	
22.7.9 Municipio o delegación Matlapa	
22.7.10 Entidad federativa San Luis Potosí	
23. NOMBRE Jesus Santiago Hernandez	
24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR ☒ Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8418076	