

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

170655617

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

DE LA DEFUNCIÓN

**MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Nombre(s) <u>Niño</u> Primer Apellido <u>Rubio</u> Segundo Apellido <u>Hernández</u></div>					
2. FECHA DE NACIMIENTO <div><u>15</u>/<u>10</u>/<u>2017</u> Día Mes Año</div>		3. SEXO <div>Hombre <input checked="" type="radio"/>1 Mujer <input type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div><u>San Luis Potosí</u> <u>24</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>		
5. CURP <div><u>NRN1510201710000000000</u> Se ignora <input type="radio"/>99</div>			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Sí <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>	7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/>1 Se ignora <input type="radio"/>9 Otra <input type="radio"/>2 → Especifique</div>	
8. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una hora: <u>0</u> Minutos <u>0</u> Horas <u>0</u> Para menores de un día: <u>0</u> Horas <u>0</u> Para menores de un mes: <u>0</u> Días <u>0</u> Para menores de un año: <u>0</u> Meses <u>1</u> Para personas de un año o más: <u>0</u> Años cumplidos <u>0</u> Se ignora <input type="radio"/>9</div>			9. ESTADO CONYUGAL <div>Separado(a) <input type="radio"/>6 Viudo(a) <input type="radio"/>2 Casado(a) <input 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 checked="" type="radio"/>9</div>		
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>111</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 10.3 Núm. Exterior <u>111</u> 10.4 Núm. Interior <u>111</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Carretera</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Carretera</u> 10.7 Código Postal <u>64000</u> 10.8 Localidad <u>Carretera</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Carretera</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u></div>			11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/>1 Preescolar <input type="radio"/>12 Primaria <input 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: <u>Completa</u> <input type="radio"/>1 <u>Incompleta</u> <input type="radio"/>2</div>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>12.1 Trabajaba <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9 12.2 Nombre de la ocupación <u>Trabajador</u></div>			13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/>1 ISSSTE <input 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 <u>00000000000000000000</u></div>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>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 <u>Unidad médica</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>00000000000000000000</u> Vía pública <input type="radio"/>10 Otro lugar <input checked="" type="radio"/>12 Hogar <input type="radio"/>11 Se ignora <input type="radio"/>99</div>			15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior <u>111</u> 15.4 Núm. Interior <u>111</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Carretera</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Carretera</u> 15.7 Código Postal <u>64000</u> 15.8 Localidad <u>Carretera</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Carretera</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u></div>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div><u>29</u>/<u>11</u>/<u>2017</u> <u>12</u>:<u>00</u> Día Mes Año Horas Minutos</div>			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Sí <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <div>Sí <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2</div>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Asfexia por Alimento</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Asfexia por Alimento</u> b) <u>Desnutrición leve</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Desnutrición leve</u> c) <u>Desnutrición leve</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Desnutrición leve</u> d) <u>Desnutrición leve</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Desnutrición leve</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</div>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div><u>30 min</u> <u>30 d</u></div>		Uso exclusivo del personal codificador <div>Código CIE <u>00000000000000000000</u></div>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>20.1 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 20.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2 20.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2</div>			21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE <u>00000000000000000000</u></div>		
22. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>7 Otro <input type="radio"/>8 Se ignora <input type="radio"/>9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>00000000000000000000</u></div>			23. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: <div><u>00000000000000000000</u></div>		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div><u>00000000000000000000</u></div>					