



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170852120

*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 EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DE LA DEFUNCIÓN
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

170852120
DEL CERTIFICANTE

| | | | | | | | |
|---|--|---|------------------------|---|------------------------|---|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Antonio Nieto | | Díaz | | | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 3. SEXO | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | | | |
| 10/01/1917 | | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 | | San Luis Potosí | | | |
| Día Mes Año | | | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | |
| 5. CURP | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | 7. NACIONALIDAD | | | |
| W10017191705HSPT2M016 | | Se ignora <input type="radio"/> 99 Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | |
| 8. EDAD CUMPLIDA | | Para menores de una hora | Para menores de un día | Para menores de un mes | Para menores de un año | | |
| | | Minutos | Horas | Días | Meses | | |
| Para menores de 28 días anote: | | 8.2 Semanas de gestación: | | 9. ESTADO CONYUGAL | | | |
| 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | | | Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | | 10.1 Tipo de vialidad | | | | | |
| Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | 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 | | | |
| | | San Luis Potosí | | San Luis Potosí | | | |
| 11. ESCOLARIDAD | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 | | Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10 | | Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | | | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | |
| IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 | | IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 | | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | | |
| 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"/> 1 | | | |
| 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 | | | |
| | | Río Verde | | Río Verde | | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | 16.1 Día | | 16.2 Mes | | | |
| | | 2017 | | 01 | | | |
| | | Horas | | Minutos | | | |
| | | 0155 | | | | | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.) | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | | | | |
| PARTE I | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | | 18. SE PRACTICÓ | |
| Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | | | | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | | | | | | |
| a) Necrosis Alipática | | 19.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | | | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | |
| Debido a (como consecuencia de) | | El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | | | | 5 años | |
| b) Síndrome Down. | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | | | | 43 años | |
| Debido a (como consecuencia de) | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | | | | |
| c) | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | | | | | |
| Debido a (como consecuencia de) | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | | | | |
| d) | | | | | | | |
| PARTE II | | | | | | | |
| Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo | | | | | | | |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS | | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | | | | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) | |
| 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 | | | | Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 3 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 | |
| El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | | | Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 | | | | | | | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | | 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | | | | |
| 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? | | | | 22.6.1 Descripción | |
| 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | | 22.6.2 Nombre de la vialidad | |
| 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | | | | | | |
| 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 | |
| | | Río Verde | | Río Verde | | | |
| 23. NOMBRE | | Díaz | | Bautista | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | | Manzana | |
| 25. CERTIFICADA POR | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | | | |
| Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 | | Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8 | | | | Número de la cédula profesional | |
| *Especifique | | | | | | | |
| 27. NOMBRE | | Héctor Francisco Huerta García | | Segundo Apellido | | 28. FIRMA | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | | | | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO | | 29.1 Tipo de vialidad | | 29.2 Nombre de la vialidad | | 29.3 Núm. Exterior | |
| | | | | | | 29.4 Núm. Interior | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | | 29.7 Código Postal | | 29.8 Localidad | | 29.5 Tipo de asentamiento humano | |
| Río Verde | | San Luis Potosí | | Río Verde | | | |
| 29.9 Municipio o delegación | | 29.10 Entidad federativa | | 29.11 Teléfono | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | |
| San Luis Potosí | | | | | | 16/02/2017 | |
| 31.1 Acta Núm. | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | 32.3 Entidad federativa | | 32.4 Dia Mes Año | |
| | | 32.1 Localidad | | | | | |
| 31.2 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | | 32.2 Municipio o delegación | | | | | |
| Número, _____, Libro Núm. _____ | | | | | | | |
| 31.3 Acta Núm. | | 32.3 Entidad federativa | | | | | |
| | | | | | | | |
| 32.4 Dia Mes Año | | | | | | | |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

170852120

DEL REG. CIVIL