



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

Modelo 2017 1  
FOLIO

180642096

DE LA DEFUNCIÓN		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Placielo Jesus Ruiz Rojas.</u></p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <u>05/01/1963</u> 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Tamaulipas</u> 5. CURP <u>RURP631005HTS2JL02</u> 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O9</p> <p>7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O2 → Especifique <input type="radio"/> O54 Años cumplidos</p> <p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> Días Para menores de un año <input type="radio"/> Meses Para personas de un año o más <input type="radio"/> Meses</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento <input type="radio"/> 8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/> 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> O6 Viudo(a) <input type="radio"/> O2 Casado(a) <input type="radio"/> O1 En unión libre <input type="radio"/> O4 Divorciado(a) <input type="radio"/> O3 Soltero(a) <input type="radio"/> O1 Se ignora <input type="radio"/> O9</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>calle 146 Barrio Santa María del Río</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>10.5 Tipo de asentamiento humano</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Insurgentes</u> 10.3 Núm. Exterior <u>795160</u> 10.4 Núm. Interior <u>10.7 Código Postal</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.8 Localidad <u>10.9 Municipio o delegación</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> O1 Preescolar <input type="radio"/> O12 Primaria <input type="radio"/> O3 Secundaria <input type="radio"/> O5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> O7 Profesional <input type="radio"/> O8 Posgrado <input type="radio"/> O10 Se ignora <input type="radio"/> O9 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> O1 Incompleta <input type="radio"/> O2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Guardia de seguridad</u> 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O9</p> <p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> O1 ISSSTE <input type="radio"/> O3 SEDENA <input type="radio"/> O5 Seguro Popular <input type="radio"/> O7 IMSS <input type="radio"/> O2 PEMEX <input type="radio"/> O4 SEMAR <input type="radio"/> O6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O10 Se ignora <input type="radio"/> O9 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2415052259 - 01</u></p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> O1 IMSS <input type="radio"/> O3 PEMEX <input type="radio"/> O5 SEMAR <input type="radio"/> O7 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> O8 Hospital General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Protección 1112 Colonia Soledad de Cruciano Sanchez</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>15.5 Tipo de asentamiento humano</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador Rivas Cuillen</u> 15.3 Núm. Exterior <u>15.4 Núm. Interior</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>15.8 Localidad</u> 15.9 Municipio o delegación <u>15.10 Entidad federativa</u></p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>09/03/2018 06:59</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> O2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:</p> <p>a) <u>Neurominfección</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <u>Crisis convulsivas</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) <u>Enfermedad Renal crónica estadio IV</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) <u>5 días</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</p> <p>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> O1 El parto <input type="radio"/> O2 El puerperio <input type="radio"/> O3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previo a la muerte <input type="radio"/> O5 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> O2 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> O2 Uso exclusivo del personal codificador</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> O1 Homicidio <input type="radio"/> O2 Suicidio <input type="radio"/> O3 Se ignora <input type="radio"/> O9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> O0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> O1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> O6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> O4 Área deportiva (rancho o parcela) <input type="radio"/> O3 Otro <input type="radio"/> O8 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</p> <p>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</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa</p> <p>DEL INF.</p> <p>23. NOMBRE <u>Juan Ruiz</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u></p> <p>Nombre(s) <input type="radio"/> Primer Apellido <input type="radio"/> Segundo Apellido</p> <p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> O1 Médico legista <input type="radio"/> O2 Otro médico* <input type="radio"/> O3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> O4 Autoridad civil* <input type="radio"/> O5 Otro* <input type="radio"/> O8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Número de la cédula profesional</p> <p>27. NOMBRE <u>Eduardo Alejandro González Carbajal</u> 28. FIRMA <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> X</p> <p>Nombre(s) <input type="radio"/> Primer Apellido <input type="radio"/> Segundo Apellido</p> <p>29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Protección Valentín Amador 1112 Colonia Rivas Cuillen</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>29.2 Nombre de la vialidad</u> 29.3 Núm. Exterior <u>29.4 Núm. Interior</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soleidad de Cruciano Sanchez San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>29.8 Localidad</u> 29.9 Municipio o delegación <u>29.10 Entidad federativa</u> 29.11 Teléfono <u>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</u> 29.12 Día <u>09</u> Mes <u>03</u> Año <u>2018</u></p> <p>DEL CERTIFICANTE</p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <input type="radio"/> Libro Núm. <input type="radio"/> 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad</p>									
-----------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--