



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180643592

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Candelario Rosas González

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

0202 1988
Día Mes Año

3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

San Luis Potosí

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

R06C880202HSPSNNOB

Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí No Se ignora 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra 2 →

Se ignora 9

Especifique

8. EDAD

CUMPLIDA Para menores de una hora

Para menores de un día

Para menores de un mes

Para menores de un año

Para personas de un año o más

030

Se ignora 9

Años cumplidos

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 6

Viudo(a) 2

Casado(a) 5

En unión libre 4

Divorciado(a) 3

Soltero(a) 1

Se ignora 9

Se ignora 9

Especifique

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad

S/N

10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior

719560

10.7 Código Postal

10.5 Tipo de asentamiento humano

Santa María del Río

10.6 Nombre del asentamiento humano

San Luis Potosí

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1

Bachillerato o preparatoria 7

Preescolar 12

Profesional 8

Primaria 3

Posgrado 10

Secundaria 5

Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa 1

Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Tornalero

Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

IMSS 2

ISSSTE 3

SEDENA 5

Seguro Popular 7

PEMEX 8

SEMAR 6

IMSS PROSPERA 10

SEMAR 99

14.1 Nombre de la unidad médica

Hospital General de Soledad

Vía pública 10

Otro lugar 12

Unidad médica privada 11

Hogar 11

Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

1112

15.1 Tipo de vialidad

Prolongación Colonia

15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior

15.5 Tipo de asentamiento humano

Soledad

15.7 Código Postal

15.8 Localidad

15.9 Municipio o delegación

15.6 Nombre del asentamiento humano

San Luis Potosí

15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

Día Mes Año

Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí 1

No 2

Se ignora 9

Sí 1

No 2

Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí 1

No 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 estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Debido a (o como consecuencia de)

Choque séptico

b)

Debido a (o como consecuencia de)

Meningitis por estreptococo pneumoniae

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

Debido a (o como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

5 días

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

13 días

Uso exclusivo del personal codificador

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

43 días a 11 meses 4

El parto 2

No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí 1

No 2

Se ignora 9

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí 1

No 2

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

00

22.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique

Accidente 1

Suicidio 3

Homicidio 2

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí 1

No 2

Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Calle o carretera 4

(rancho o parcela) 7

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicio 5

Se ignora 9

Área industrial (taller, fábrica u oficina) 6

Otro 8

22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

2273

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad

2274

22.7.2 Nombre de la vialidad

227.7

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

227.8

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

227.9

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

227.10

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

22.7.9 Municipio o delegación

22.7.10 Entidad federativa

227.11

23. NOMBRE

Jesús Rosas Ponce

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Tío

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante 1

Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4

Médico legista 2

Autoridad civil* 5

Otro médico* 3

Otro* 8

*Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

2977246

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Alejandro Everardo Sánchez Hernández

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

28. FIRMA

ADS/1

29. DOMICILIO y TELÉFONO

Prolongación Valentin Amador

29.1 Tipo de vialidad

29.2

Nombre de la vialidad

29.3