



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

180646666

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Sebastian Ramirez Nora Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO 20011959 Día Mes Año | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | |
| 5. CURP RAMSS90120HSPNRBO1 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique | | |
| 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos 059 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" 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 type="radio"/> 9 | | | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Andador Flamingo 10.1 Tipo de vivienda 110 10.2 Nombre de la vivienda La Libertad 10.3 Núm. Exterior 7183917 10.4 Núm. Interior 7183917 10.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 7183917 10.8 Localidad San Luis Potosí 10.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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 | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL Operario Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 PEXEX <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 4176590261 171954102 | | | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEXEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital General de Zona 50 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 Hospital General de Zona 50 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 205 15.1 Tipo de vivienda Avenida Tangamanga 15.2 Nombre de la vivienda Prados de San Vicente 1ª sección 15.3 Núm. Exterior 7183917 15.4 Núm. Interior 7183917 15.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 7183917 15.8 Localidad San Luis Potosí 15.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí | | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 104092018 16.1 Fecha 0653 16.2 Hora Día Mes Año Horas Minutos | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) b) Otras peritonitis Debido a (o como consecuencia de) c) Infección por VIH Debido a (o como consecuencia de) d) PARTES II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 días 15 días 1 año Código CIE | | | |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 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 | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) 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 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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 | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija | |
| 23. NOMBRE San Juan Guadalupe Ramirez Velázquez? Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 *Especifique | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4732208 Número de la cédula profesional | |
| 27. NOMBRE Arturo Orozco Gutierrez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 28. FIRMA | | 29. DOMICILIO Y TELÉFONO Avenida Tangamanga 205 29.1 Tipo de vivienda Prados de San Vicente 1ª sección 29.2 Nombre de la vivienda 7183917 29.3 Núm. Exterior San Luis Potosí 29.4 Núm. Interior San Luis Potosí 29.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 29.7 Código Postal San Luis Potosí 29.8 Localidad San Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí 29.11 Teléfono | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 104092018 Día Mes Año | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | |

180646666