

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

180647928

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



\*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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN  
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES  
Y VIOLENTAS

180647928

DEL INF.

DEL REG.  
CIVIL

DE DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA  
OFICIALIA O JUZGADO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Nombre(s) <i>José Antonio Rodríguez</i> Primer Apellido <i>Ramírez</i> Segundo Apellido <i>Zambrano</i>				
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día <i>11</i> Mes <i>Septiembre</i> Año <i>1958</i>	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <i>San Luis Potosí</i>			
5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
<i>LROZAHM19580911421001</i>	Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
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
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos
Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Edad gestacional		
8.4 Folio del Certificado de Nacimiento:					
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				
10.1 Número Exterior	10.2 Nombre de la vialidad				
<i>1008</i>	<i>Av. Francisco I. Madero</i>				
10.3 Número Interior	10.4 Número de la vialidad				
<i>1712914</i>	<i>San Luis Potosí</i>				
10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano				
<i>Col. Centro</i>	<i>San Luis Potosí</i>				
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
<i>78200</i>	<i>San Luis Potosí</i>	<i>San Luis Potosí</i>	<i>San Luis Potosí</i>		
11. ESCOLARIDAD	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	13.1 Número de seguridad social o afiliación:				
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 6 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 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"/>	<i>R024-58001111</i>				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 8					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Número Exterior	15.4 Número Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano			
<i>1008</i>	<i>Av. Francisco I. Madero</i>	<i>Col. Centro</i>			
15.6 Nombre del asentamiento humano					
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa		
<i>78200</i>	<i>San Luis Potosí</i>	<i>San Luis Potosí</i>	<i>San Luis Potosí</i>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día <i>07</i> Mes <i>Noviembre</i> Año <i>2018</i> Horas <i>20</i> Minutos <i>14</i>	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador			
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE			
a) <i>Diabetes Mellitus</i> Debido a (o como consecuencia de)					
b) <i>Insuficiencia Cardíaca</i> Debido a (o como consecuencia de)					
c) <i>Insuficiencia Renal</i> Debido a (o como consecuencia de)					
d) <i>Insuficiencia Respiratoria</i> Debido a (o como consecuencia de)					
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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 <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			
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	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área deportiva <input type="radio"/> 3 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 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			
22.7.3 Número Exterior	22.7.4 Número Interior	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		
23. NOMBRE	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s) <i>Victor José</i> Primer Apellido <i>Rodríguez</i> Segundo Apellido <i>Ramírez</i>					
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legislista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 5	Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8	*Especifique	Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	28. FIRMA				
Nombre(s) <i>José Alberto Rodríguez</i>					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Número Exterior		
Hospital ISSSTE	<i>Av. Francisco I. Madero</i>	<i>Col. Centro</i>	29.4 Número Interior		
29.5 Nombre del asentamiento humano	29.6 Código Postal	29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano		
San Luis Potosí	<i>78200</i>	<i>San Luis Potosí</i>			
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
			Día <i>07</i> Mes <i>Noviembre</i> Año <i>2018</i>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm. _____ Libro Núm. _____	32.1 Localidad _____	32.2 Municipio o delegación _____	32.3 Entidad federativa _____		
31.1 Acta Núm. _____	32.4 Día _____	32.5 Mes _____	32.6 Año _____		

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