



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180652857

*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 ESTÁN 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Thaila</u> Primer Apellido <u>Medina</u> Segundo Apellido <u>Gutierrez</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>01/03/2011</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP <u>GUBT1180301MSP1714X1</u> Se ignora ☐ 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Se ignora ☐ 9 Otra ☐ 2 → Especifique		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días <u>19</u> Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora ☐ 9		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			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Morelia</u> <u>53</u> 10.3 Núm. Exterior <u>La Parada</u> 10.4 Núm. Interior <u>Santa Catarina</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>79100</u> 10.8 Localidad <u>La Parada</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 <u>2409784125-6</u> 12.2 Nombre de la ocupación <u>2409784125-6</u>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Morelia</u> <u>53</u> 15.3 Núm. Exterior <u>La Parada</u> 15.4 Núm. Interior <u>Santa Catarina</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>79100</u> 15.8 Localidad <u>La Parada</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>21/03/2011</u> <u>14:55</u> 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	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Sepsis neonatal secundaria</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía adquirida en la comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>4 días</u> <u>3 días</u> Código CIE	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 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo 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	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 Se ignora ☐ 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Se ignora</u>	
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 vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad			
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano			