



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

180654738

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 PERIODO 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Locke Arzu Perez 356
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 11/03/2011 3. SEXO Hombre Mujer Se ignora 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
Día Mes Año

5. CURP 11032011M0200000000 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora 7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora

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 Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 025731834 8.2 Semanas de gestación: 34 8.3 Peso (gramos): 3560

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad

10.3 Núm. Exterior 79760 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano ALITZE 10.6 Nombre del asentamiento humano AGUISION
10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) SAN LUIS POTOSÍ

11. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta Se ignora 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra Se ignora IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora 13.1 Número de seguridad social o afiliación 2406329122-11

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica pública Otra unidad pública 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 025731834 Via pública Hogar Otro lugar Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad CIUDAD VALLES 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSÍ
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16/04/2018 11:17 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Choque séptico
Debido a (o como consecuencia de)

b) Enfermedad vascular aguda
Debido a (o como consecuencia de)

c) Intoxicación aguda con la comunidad
Debido a (o como consecuencia de)

d) _____

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 4 días
6 días
5 días

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 El parto El puerperio 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente Homicidio Suicidio Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

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

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 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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. NOMBRE Nagelli Arzu Perez 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico* Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil* Otro* *Especifique 2182175 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional

27. NOMBRE Kabel Trovan Perez 28. FIRMA [Firma]
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad Carretera 29.2 Nombre de la vialidad Carretera 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano ciudad Valles
29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 16/04/2018
Día Mes Año

DEL INF.

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día Mes Año _____

DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día Mes Año _____

DEL REG. CIVIL

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

180654738