



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180654827

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

Y VIOLENTAS

INF.

DEL CERTIFICANTE

CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Martin</u> Nombre(s) <u>Hernández</u> Primer Apellido <u>Sanjago</u> Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>13</u> <u>07</u> <u>19</u> <u>86</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>HESM860713HSPPNN208</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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 <u>31</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>48</u> <u>79850</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> <u>Ntra's Heroes</u> <u>Colonia</u> <u>Rio Florido</u> 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>79850</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>No Florido</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal <u>79850</u> 10.8 Localidad <u>Tampamolón Corona</u> 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Jornalero</u> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>24131360114</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>Hospital General Cd Valles</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>SPSSA0000356</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>79090</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> <u>Mexico Laredo</u> <u>Fractionamiento</u> <u>Ortipe</u> 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior <u>79090</u> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cd Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal <u>79090</u> 15.8 Localidad <u>Cd Valles</u> 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10</u> <u>05</u> <u>20</u> <u>18</u> <u>23</u> <u>15</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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>Lesión Cerebral / Anoxia</u> b) <u>Tumor Cerebral</u> c) <u>Intoxicación por VIH</u> d) _____ 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	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>6 hrs</u> <u>2 días</u> <u>7 días</u>	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> <u>Dr. LUIS ENRIQUE HERNÁNDEZ</u> 25.1 Nombre(s) <u>Hernández</u> 25.2 Primer Apellido <u>Sanjago</u> 25.3 Segundo Apellido 25.4 Domicilio y teléfono <u>Carretera Mexico Laredo</u> <u>79090</u> <u>Cd Valles</u> 25.5 Tipo de vialidad <u>Ortipe</u> 25.6 Nombre del asentamiento humano <u>Cd Valles</u> 25.7 Código Postal <u>79090</u> 25.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 25.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 25.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 25.11 Teléfono _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>6174789</u> 27. FIRMA <u>Fractionamiento</u>	
28. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		29. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD