



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

Modelo 2017.1

FOLIO

180655558

356-396

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(a)		Nombre(s) <u>RN</u>		Primer Apellido <u>Gonzalez</u>		Segundo Apellido <u>Olvera</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
<u>03/08/2018</u>		Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		<u>San Luis Potosí</u>			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1			
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		Se ignora <input type="radio"/> 9			
Para menores de una hora <input type="radio"/> 1 Para menores de un día <input type="radio"/> 2 Para menores de un mes <input type="radio"/> 3 Para menores de un año <input type="radio"/> 4 Para personas de un año o más <input type="radio"/> 5		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5		Especifique <input type="radio"/> 9			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>0257238201311340</u>		8.2 Semanas de gestación: <u>31</u>		8.3 Peso (gramos): <u>4340</u>		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)							
10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u>							
10.2 Nombre de la vialidad <u>Miguel Hidalgo</u>							
10.3 Núm. Exterior <u>1792</u> 10.4 Núm. Interior <u>09</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>							
10.7 Código Postal <u>64000</u> 10.8 Localidad <u>El Triunfo</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 <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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							
11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2							
12. OCUPACIÓN HABITUAL							
12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8							
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"/> 99							
13.1 Número de seguridad social o afiliación							

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Nombre de la unidad médica	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		Hospital General Ciudad Valles		15153101013516		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
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		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior <u>1792</u> 15.4 Núm. Interior <u>09</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		15.7 Código Postal <u>64000</u> 15.8 Localidad <u>El Triunfo</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
16.1 Día <u>13</u> 16.2 Mes <u>08</u> 16.3 Año <u>2018</u> 16.4 Horas <u>01</u> 16.5 Minutos <u>20</u>		17.1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?		18.1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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.)							
PARTE I							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) <u>Choque séptico</u>							
b) <u>No tenía antecedentes</u>							
c) <u>Sepsis Neorrenal</u>							
d) <u>Síndrome de dificultad respiratoria (neumonía hialina)</u>							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo							
Prematuridad							
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte							
Código CIE							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN							
Código CIE							

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE	
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							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 Área deportiva <input type="radio"/> 3		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7			
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8			
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 <u>1792</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>09</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		22.7.7 Código Postal <u>64000</u> 22.7.8 Localidad <u>El Triunfo</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>					
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s) <u>Arelis Elena</u> Primer Apellido <u>Olvera</u> Segundo Apellido <u>Gonzalez</u>		Madre					
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3		Número de la cédula profesional <u>0541283</u>					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6		27. NOMBRE		28. FIRMA			
Nombre(s) <u>Maria Eugenia</u> Primer Apellido <u>Lopez</u> Segundo Apellido <u>Erías</u>							
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior <u>1792</u> 29.4 Núm. Interior <u>09</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>64000</u> 29.8 Localidad <u>El Triunfo</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>1792090118</u>							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
Día <u>13</u> Mes <u>08</u> Año <u>2018</u>							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. <u>1792</u> Libro Núm. <u>09</u>		32.1 Localidad <u>El Triunfo</u> 32.2 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>13</u> Mes <u>08</u> Año <u>2018</u>					
31.1 Acta Núm. <u>1792090118</u>							

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