



NELESY
EUZMAN

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

180656058

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Ledezma 356 487

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP 6011180806MSP70LA4	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
DEL FALLECIDO	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input checked="" type="radio"/> 2 Especifique	
	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	
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	
DEL FALLECIDO	10.1 Tipo de vialidad	
	10.2 Nombre de la vialidad	
	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano	
	10.6 Nombre del asentamiento humano	
DEL FALLECIDO	10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 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"/> 9	
	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
DEL FALLECIDO	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"/> 9	
	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 9	
	14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
DEL FALLECIDO	14.3 Tipo de vialidad 14.4 Nombre de la vialidad	
	14.5 Tipo de asentamiento humano 14.6 Nombre del asentamiento humano	
	14.7 Código Postal 14.8 Localidad 14.9 Municipio o delegación 14.10 Entidad federativa	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
DEL FALLECIDO	15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad	
	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano	
	15.6 Nombre del asentamiento humano	
	15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
DEL FALLECIDO	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
DEL FALLECIDO	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
	a) Debido a (o como consecuencia de)	
	b) Debido a (o como consecuencia de)	
	c) Debido a (o como consecuencia de)	
DEL FALLECIDO	d) Debido a (o como consecuencia de)	
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo	
	Anemia Normocítica Normocromica	
	12 A sec. a Deshidratación	
DEL FALLECIDO	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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	
	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	
	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
DEL FALLECIDO	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
	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	
DEL FALLECIDO	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3	
	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	
	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
DEL FALLECIDO	22.4 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
	22.6 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	
DEL FALLECIDO	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	
	23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
DEL FALLECIDO	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3	
	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
DEL FALLECIDO	27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	28. FIRMA	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad	
	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
DEL FALLECIDO	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 Día Mes Año	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	
DEL REG. CIVIL	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	
	32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa	
	32.4 Día Mes Año	
	31.1 Acta Núm.	

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

*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



180656058



SERVICIOS DE SALUD
DE SAN JUAN POTOSÍ
HOSPITAL GENERAL
CD. VALLES, S.L.P.
TRABAJO SOCIAL