



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180656067

*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 PARTICULARES 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>Cruz</u> Primer Apellido <u>Flores</u> Segundo Apellido <u>356 496</u>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>31</u> Mes <u>09</u> Año <u>2018</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. CURP <u>_____</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>_____</u> Horas <u>_____</u> Para menores de un día: Horas <u>_____</u> Días <u>_____</u> Para menores de un mes: Días <u>_____</u> Meses <u>_____</u> Para menores de un año: Meses <u>_____</u> Años cumplidos <u>_____</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>_____</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <u>_____</u> Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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) <u>Avenida Hidalgo</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>_____</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>_____</u> 10.3 Núm. Exterior <u>_____</u> 10.4 Núm. Interior <u>_____</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>_____</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>_____</u> 10.7 Código Postal <u>_____</u> 10.8 Localidad <u>Matlapa</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Matlapa</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
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		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <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 <u>_____</u>	
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 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		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Ciudad Valles</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SLP010101031516</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior <u>7910910</u> 15.4 Núm. Interior <u>_____</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.7 Código Postal <u>7910910</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Ciudad Valles</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>21</u> Mes <u>10</u> Año <u>2018</u> Horas <u>09</u> Minutos <u>36</u>	

DE LA DEFUNCIÓN

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) <u>Choque Hipovolemico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Sepsis</u> b) <u>Síndrome Dano</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> c) <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> d) <u>_____</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>_____</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>_____</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>_____</u>	
---	--	---	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>_____</u>	
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 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <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		22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) <u>Abuelo</u> SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CIVIL Y DE SALUD S.L.P. TRABAJO SOCIAL		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>_____</u>	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>_____</u>		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>_____</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>_____</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>_____</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>_____</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>_____</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>_____</u> 22.7.7 Código Postal <u>_____</u> 22.7.8 Localidad <u>_____</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>_____</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>_____</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Abuelo</u>			

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Marlene</u> Primer Apellido <u>Flores</u> Segundo Apellido <u>Jimenez</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1993586</u>	
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 *Especifique <u>_____</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Mg. Josefina del Rosario Mendez Sánchez</u> Primer Apellido <u>Sánchez</u> Segundo Apellido <u>Mendez</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior <u>7910910</u> 29.4 Núm. Interior <u>_____</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.7 Código Postal <u>7910910</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Ciudad Valles</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>_____</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>_____</u> , Libro Núm. <u>_____</u> 31.1 Acta Núm. <u>_____</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>_____</u> 32.2 Municipio o delegación <u>_____</u> 32.3 Entidad federativa <u>_____</u> 32.4 Día <u>_____</u> Mes <u>_____</u> Año <u>_____</u>	

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