



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1
FOLIO
180657036

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Angelina Hernandez Hernandez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 27 05 2001 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP HEHA010527MSPRKNA7 Se ignora ☐ 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Se ignora ☐ 9 Otra ☐ 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 0 1 6 Se ignora ☐ 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 5 Soltero(a) ☒ 1 Se ignora ☐ 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 282 B Calle Ignacio Allende 799611 Localidad Chalchacoayo Matlapa Matlapa San Luis Potosí 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 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 ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☒ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 2416 14 7768 - 4 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 IMSS ☐ 2 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 Se ignora ☐ 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Hospital Regional número 16 IMSS PROSPERA ☒ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Tipo de vialidad 14.4 Nombre de la vialidad 14.5 Nombre de la vialidad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 136 Libramiento al Cobach Santa María 2 79030 Axtla de Terrazas Axtla de Terrazas San Luis Potosí 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	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 04 05 2018 05 16 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Infarto agudo al miocardio Debido a (o como consecuencia de) b) Hipercalcemia severa Debido a (o como consecuencia de) c) Melanoma Maligno 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 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 20 min 12 horas 6 meses	
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 ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Uso exclusivo del personal codificador	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 Se ignora ☐ 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9 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 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 Pablo Hernandez Martinez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8881905 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Mariana Rodriguez Márquez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA IMSS IMSS PROSPERA HOSPITAL RURAL No. 15 AXTLA DE TERRAZAS	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Libramiento al Cobach 136 Santa María 2 79030 Axtla de Terrazas 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 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 04 05 2018 Día Mes Año	