

180657510

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		SECRETARÍA DE SALUD		CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO					
<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Iker Joel Gonzalez Hernandez</u></p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <u>11/12/2017</u></p> <p>3. SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u></p> <p>5. CURP <u>G0H1171211HSPNRKAS</u></p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD <input checked="" type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → <input type="checkbox"/> Especifique</p>					
<p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <input type="checkbox"/> 8.2 Semanas de gestación: <input type="checkbox"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="checkbox"/></p>					
<p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p>					
<p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</p> <p>10.1 Tipo de vialidad <u>La tinaja</u></p> <p>10.3 Núm. Exterior <u>799900</u> 10.4 Núm. Interior <u>latina</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Xilitla</u></p> <p>10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u></p> <p>10.7 Código Postal <u>2414173594-4</u> 10.8 Localidad <u>10.9 Municipio o delegación</u></p> <p>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p>					
<p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99</p> <p>11.1 La escolaridad seleccionada es: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2</p> <p>12. OCCUPACIÓN HABITUAL <input type="checkbox"/> 1 Trabajaba <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99</p>					
<p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99</p> <p>13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2414173594-4</u></p>					
<p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 9</p> <p>14.1 Nombre de la unidad médica <input type="checkbox"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="checkbox"/></p>					
<p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 15.1 Tipo de vialidad <u>La tinaja</u></p> <p>15.3 Núm. Exterior <u>799900</u> 15.4 Núm. Interior <u>latina</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Xilitla</u></p> <p>15.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.C.P.</u></p> <p>15.7 Código Postal <u>15.8 Localidad</u> 15.9 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 15.10 Entidad federativa</p>					
<p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>03/08/2018 10:43</u></p> <p>16.1 Día <input type="checkbox"/> 16.2 Mes <input type="checkbox"/> 16.3 Año <input type="checkbox"/> 16.4 Horas <input type="checkbox"/> 16.5 Minutos</p> <p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="checkbox"/> 17.1 Sí <input type="checkbox"/> 17.2 No <input type="checkbox"/> 17.3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="checkbox"/> 18.1 Sí <input type="checkbox"/> 18.2 No <input checked="" type="checkbox"/></p>					
<p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) <u>Muerte subita</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <input type="checkbox"/></p> <p>c) <input type="checkbox"/></p> <p>d) <input type="checkbox"/></p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>PARTE II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p>					
<p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="checkbox"/> 20.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>15 min</u></p> <p>20.2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <input type="checkbox"/></p>					
<p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5</p> <p>21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="checkbox"/> 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="checkbox"/></p> <p>21.4 Sí <input type="checkbox"/> 21.5 No <input type="checkbox"/> 21.6 Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="checkbox"/></p>					
<p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>22.1 Fue un presunto <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="checkbox"/></p> <p>Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <input type="checkbox"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</p> <p>Vivienda particular <input type="checkbox"/> 1 Área deportiva <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> 7 Granja <input type="checkbox"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Rancho o parcela <input type="checkbox"/> 8 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="checkbox"/></p>					
<p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="checkbox"/></p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="checkbox"/></p>					
<p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="checkbox"/> 22.7.1 Tipo de vialidad <input type="checkbox"/> 22.7.2 Nombre de la vialidad <input type="checkbox"/></p> <p>22.7.3 Núm. Exterior <u>799900</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>latina</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <input type="checkbox"/> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <input type="checkbox"/></p> <p>22.7.7 Código Postal <input type="checkbox"/> 22.7.8 Localidad <input type="checkbox"/> 22.7.9 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 22.7.10 Entidad federativa</p>					
<p>23. NOMBRE <u>Olegario Gonzalez Santiago</u></p> <p>Nombre(s) <input type="checkbox"/> 23.1 Primer Apellido <input type="checkbox"/> 23.2 Segundo Apellido <input type="checkbox"/></p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <input type="checkbox"/> 24.1 Padre <input type="checkbox"/></p>					
<p>25. CERTIFICADA POR <input type="checkbox"/> 25.1 Médico tratante <input type="checkbox"/> 25.2 Médico legista <input type="checkbox"/> 25.3 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3</p> <p>25.2 Persona autorizada por la <input type="checkbox"/> 25.3 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 25.4 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique <input type="checkbox"/></p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <input type="checkbox"/> 26.1 Número de la cédula profesional <input type="checkbox"/></p>					
<p>27. NOMBRE <u>Carmen Esmeralda Enciso Hernandez</u></p> <p>Nombre(s) <input type="checkbox"/> 27.1 Primer Apellido <input type="checkbox"/> 27.2 Segundo Apellido <input type="checkbox"/></p> <p>28. FIRMA <input type="checkbox"/></p>					
<p>29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>calle</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>29.2 Nombre de la vialidad <u>799900</u></u> 29.3 Núm. Exterior <u>15</u> 29.4 Núm. Interior <u>SN</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>colonia</u></p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano <input type="checkbox"/> 29.7 Código Postal <input type="checkbox"/> 29.8 Localidad <input type="checkbox"/></p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/></p>					

2017.1

180657510