SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 180657665 002

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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) Romulo (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Perez (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO 06 07 1954 (Día Mes Año)

3. SEXO Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosi (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP HEPR540706HSPRZM04 Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD Mexicana ● 1 Otra ○ 2 → Especifique Se ignora ○ 9

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 64 Años cumplidos; Se ignora ○ 9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ● 6 Viudo(a) ○ 2 Casado(a) ○ 5 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad
10.2 Nombre de la vialidad: Colosio
10.3 Núm. Exterior: 3
10.4 Núm. Interior
10.5 Tipo de asentamiento humano
10.6 Nombre del asentamiento humano
10.7 Código Postal
10.8 Localidad: Miramar Nuevo
10.9 Municipio o delegación: Xilitla
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosi

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 Campo; Se ignora ○ 99
12.1 Trabajaba Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seguro Popular ● 7 Otra ○ 8 IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS PROSPERA ○ 10 Se ignora ○ 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○ 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 IMSS PROSPERA ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Unidad médica privada ○ 9 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ● 11 Se ignora ○ 99
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad
15.2 Nombre de la vialidad: Colosio
15.3 Núm. Exterior: 3
15.4 Núm. Interior
15.5 Tipo de asentamiento humano
15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal
15.8 Localidad: Miramar Nuevo
15.9 Municipio o delegación: Xilitla
15.10 Entidad federativa: S.L.P.

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28 10 2018 (Día Mes Año) 0045 (Horas Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 No ● 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Hepatica	14 dias	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Cirrosis Hepatica	30 dias	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Alcoholismo	30 años	
	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 morboso que la produjo	VIH	2 años	

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
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2 Área deportiva ○ 3 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 9
22.4 Anote la relación que tenia el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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 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
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

DEL INF.

23. NOMBRE Manuel (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Martinez (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo

DEL CERTIFICANTE

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 595638 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE

28. FIRMA

180657665

Publicidad Expedición gratuita